



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA



IDRC | CRDI

International Development Research Centre
Centre de recherches pour le développement international

Canada 

LA SALUD MATERNA EN POBLACIONES ASHÁNINKA DE RÍO TAMBO



Una mirada desde la calidad de la atención



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA



IDRC | CRDI

INTERNATIONAL DEVELOPMENT
RESEARCH CENTRE

Canada 

LA SALUD MATERNA EN POBLACIONES ASHÁNINKA DE RIO TAMBO

**Una mirada desde la calidad de la
atención**

**Realizado con la cooperación técnico financiera de
International Development Research Centre - IDRC**

**Institución ejecutora del estudio
UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA
Facultad de Salud Pública y Administración**

Equipo de Investigación

**Oswaldo Lazo Gonzales
Mario Tavera Salazar
Tania Sarmiento Casavilca
Lourdes Álvarez Gasco**

**LIMA-PERÚ
2019**

Agradecimientos

Los autores deseamos expresar nuestro agradecimiento a las diferentes instituciones y personas que de manera directa o indirecta participaron o colaboraron para la realización del proyecto.

A las autoridades de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y de su Facultad de Salud Pública y Administración, quienes facilitaron la institucionalidad que hizo posible la realización del estudio.

A las comunidades asháninka de Puerto Ocopa, Otica y Poyeni, cuyos pobladores nos acogieron fraternalmente y compartieron su vivir en salud. A sus dirigentes y responsables de salud y de manera especial a la Lic. Abelina Ampiti, digna y valiente lideresa, representante de la nueva mujer asháninka y al Sr. Héctor Pachacamac, hombre preocupado por la salud de su pueblo.

Al personal de salud de Puerto Ocopa, Otica y Poyeni, especialmente a las Licenciadas en Obstetricia Srtas. Karin Marcelo y Diana Zavaleta, que compartieron con nosotros su información y sus vivencias en el cotidiano y arduo trabajo de atender la salud de las mujeres asháninka.

A las autoridades y funcionarios de la Municipalidad Distrital de Río Tambo, por su pleno e incondicional apoyo.

A los funcionarios y técnicos de la Microrred Puerto Ocopa, Red de Satipo, Hospital de Satipo y Dirección Regional de Salud de Junín, por las facilidades e información otorgada.

A David Gordillo, médico sanitarista, de invaluable apoyo en la consecución y análisis de la información cuantitativa de las unidades de gestión de la Dirección Regional de Salud.

A Álvaro Santivañez, médico gineco-obstetra y experto en calidad de la atención asesor permanente en la compleja tarea de evaluar la calidad de la atención y elaborar la propuesta simplificada de evaluación usada por el estudio.

A Estrella Coloma, antropóloga y analista de políticas de salud, que prestó su importante concurso en la sistematización y análisis de la información cualitativa.

A Miguel Garavito, médico sanitarista y analista de políticas de salud, por sus valiosas orientaciones y apoyo de información.

Nuestro especial reconocimiento y agradecimiento la Sra. Rosa Camones por su constante apoyo administrativo a lo largo del desarrollo del proyecto. Al Lic. Juan Ángeles, por la dedicación puesta en el ordenamiento de información y redacción del informe y al Sr. Félix Rodríguez, por su silencioso pero invaluable apoyo a lo largo de todo el estudio, tanto en el campo, como en el escritorio.

Finalmente, el estudio fue posible gracias al apoyo financiero del IDRC. El seguimiento de Zoe Boutilier y Chaitali Sinha en diferentes etapas del proyecto nos permitió cumplir con las metas de manera puntual y plantear ajustes al proyecto durante el proceso.

Tabla de contenido

Introducción	7
Acrónimos	11
1. Aspectos generales del estudio	13
1.1. Actores y ámbito	13
1.2. Objetivo del estudio	14
1.3. Proceso metodológico.....	14
1.4. Construcción de datos.....	16
1.5. Estrategia del análisis	17
1.6. Consideraciones éticas	18
2. El devenir del pueblo asháninka y su incidencia en la salud	19
2.1. Salud de los pueblos indígenas	20
2.2. Los cambios y su relación con la vida y salud del pueblo asháninka.....	24
3. Inequidad en la atención de la salud materna de las poblaciones indígenas amazónicas.....	31
3.1. Inequidad y exclusión en salud	31
3.2. Información sobre la atención de salud materna en los pueblos indígenas	33
3.3. Inequidad y exclusión en la atención de la salud materna	34
3.4. Inequidad en la distribución de los recursos para la atención de la salud materna	38
3.5. Se corrobora la inequidad	39
3.6. Situación en las gestantes asháninka	41
4. Reproducción y maternidad en el pueblo asháninka	44
4.1. Sexualidad y reproducción como espacio de dominación	45
4.2. Prácticas referidas a la salud sexual y reproductiva de las mujeres asháninka	46
4.3. El embarazo.....	49
4.4. El parto	53
4.5. Resistencias y cambios, dentro y fuera	56
5. Acceso a la atención a la salud materna en comunidades asháninka de Río Tambo	58
5.1. Accesibilidad geográfica	60
5.2. Accesibilidad económica	63
5.3. Accesibilidad cultural	66
5.4. Accesibilidad Organizacional.....	69
6. Atención de la salud materna: Para quienes finalmente acceden... ¿hay atención de calidad?	74
6.1. Ajuste a las normas de la atención de la salud materna	76

6.2. Evaluación de la dimensión técnica de la calidad mediante la aplicación de un modelo simplificado	84
6.3. Evaluación de las relaciones interpersonales.....	89
7. Organización y gestión de los servicios de atención de la salud materna	94
7.1. La Red de Salud de Satipo	94
7.2. Cómo opera la atención en la Microrred Puerto Ocopa	99
7.3. Recursos	101
7.4. Redes de Atención.....	112
7.5. ¿Existe una red de atención de la salud materna?.....	114
8. Conclusiones.	126
BIBLIOGRAFÍA.....	133

Introducción

La atención a la salud de los pueblos originarios ha representado históricamente un desafío para el Perú y el conjunto de Latinoamérica. Los pueblos indígenas de América Latina comparten el mismo proceso histórico de colonización territorial y cultural, que se traduce en una realidad demográfica compleja que desafía la planeación institucional de la atención a la salud (Del Popolo F, 2008). El resultado de los Censos Nacionales de Población, Vivienda y Comunidades Indígenas realizados el 2017, arrojó que el 25.8% de la población se autoidentifica como indígena de los cuales el 0.91% son indígenas amazónicos. Son usualmente, estos pueblos donde se acrecientan las desigualdades de toda índole, algunas de las más importantes se expresan en el campo de la salud y específicamente en el área de la salud materna, según se identificó en el presente estudio. En tal sentido, es indispensable dar cuenta de la atención de la salud provista a estos pueblos, pero no de cualquier atención, sino de una atención de calidad. La calidad de la atención marca la diferencia entre la vida y la muerte de las madres y los recién nacidos, vista como un concepto que integra y condensa un conjunto de requisitos y atributos de la atención: acceso, disponibilidad, eficacia técnica, aceptabilidad culturalmente pertinente y efectividad social.

La evidencia señala que las mujeres de poblaciones originarias tienen dificultades para poder acceder a la atención institucionalizada del embarazo y parto, situación que se explica parcialmente a partir de determinantes sociales, geográficos, económicos, culturales (incluyendo el idioma) así como en aspectos organizacionales de los sistemas locales de salud. Garantizar la calidad técnica de la atención al parto, y mejorar la calidad interpersonal entre el personal de salud y las mujeres indígenas, respetando las prácticas culturales de los pueblos originarios, siguen siendo desafíos mayores de los sistemas de salud en América Latina y particularmente en nuestro país.

Definitivamente, la satisfacción de las necesidades de la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres pobres es una cuenta pendiente, a juzgar por los

problemas que el Perú ha tenido para alcanzar los Objetivos del Milenio principalmente en sus indicadores mortalidad materna. Entre las mujeres indígenas el problema es aún más acuciante, ya que las diferencias culturales existentes en relación con los servicios de salud y sus prestadores crean barreras singulares que usualmente impiden brindar una buena atención médica durante el embarazo y el parto. Justamente, coincidiendo en la preocupación por generar evidencias a fin de mejorar la calidad de la atención en la salud materna provista a las mujeres indígenas en América Latina, se conformó un grupo de profesionales de Argentina, México y Perú, contando para ello con la cooperación técnica y financiera de la International Development Research Centre (IDRC) de Canadá.

A su vez, para abordar la situación de la salud materna en el Perú se conformó un equipo en la Facultad de Salud Pública y Administración (FASPA) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia que tuvo como propósito identificar y analizar las causas y consecuencias de la calidad de la atención de salud materna en las mujeres del pueblo asháninka, particularmente en aquellas comunidades ribereñas al río Tambo del distrito de Río Tambo, provincia de Satipo. Esperamos que las propuestas destinadas a mejorar la atención de salud surjan del diálogo entre y con los actores locales de mayor relevancia: gestantes y madres nativas, agentes comunitarios de salud, dirigentes asháninka, personal y funcionarios de los servicios públicos de salud y los funcionarios del gobierno local, entre otros.

El estudio se plantea desde una perspectiva de género. Desde esta perspectiva entendemos que las mujeres y los hombres que participan en la producción y consumo de servicios de salud, desempeñan roles cultural e históricamente asignados, en los cuales operan relaciones jerárquicas de poder social. Tratándose de la salud de mujeres nativas, la perspectiva de género está íntimamente relacionada con el conjunto de barreras económicas, sociales y culturales a las que diariamente se enfrentan para acceder a la atención y que trasuntan notorias asimetrías en las relaciones de poder que las desfavorece.

Los resultados del estudio se presentan en siete capítulos y sus respectivas conclusiones. El primer capítulo aborda los aspectos metodológicos, precisa ámbito y actores del estudio, el proceso metodológico seguido la obtención de la información y su análisis, así como, las consideraciones éticas asumidas. El segundo capítulo, analiza la situación de los pueblos amazónicos, preferentemente del pueblo asháninka, a la luz de los profundos cambios socio-económicos que afectan radicalmente su estructura de vida y patrón identitario, para luego precisar cómo estos cambios inciden sobre su situación de salud. El tercero, revisa y analiza las enormes brechas de inequidad y en muchos casos exclusión de la atención de salud a la que están sometidos los pueblos indígenas de la amazonia peruana, situación igualmente encontrada en el presente estudio y corroborada por otros estudios.

Los aspectos centrales del estudio inician con el capítulo cuarto que aborda el asunto de la reproducción y maternidad en el pueblo asháninka, reseñando las concepciones, creencias y prácticas tradicionales referidas a su salud sexual y reproductiva, incluyendo el embarazo y parto. Seguidamente, el quinto capítulo trata el problema del acceso a la atención que el estudio identifica como el problema central y punto de definición de la calidad de atención. Por lo tanto consideramos que en esta realidad social, el acceso es la dimensión central de la calidad de la atención. El siguiente capítulo del estudio intenta responder a la interrogante: Para quienes finalmente logran superar las diferentes barreras de acceso ¿hay atención de calidad? Para ello se procede a “evaluar” la calidad de la atención provista mediante tres enfoques, uno de ellos es la aplicación de un instrumento simplificado elaborado en el marco del estudio. Finalmente, el sétimo capítulo analiza la organización y gestión de los servicios de salud materna, buscando precisar en qué medida está presente y es eficaz la atención en red de la salud materna.

El estudio concluye afirmando que la *“baja calidad de la atención de la salud materna en las poblaciones indígenas amazónicas del Perú, condensan y expresa problemas de diversa índole, que tiene como común denominador la condición de*

postergación, marginación y a menudo exclusión de la que son víctimas estos pueblos. Frente a los cuales se requieren de políticas sociales inclusivas, pertinentes, eficaces y sostenibles, pero también se necesita del compromiso de servicios públicos de atención de salud, del sistema de formación de recursos humanos en salud a fin de implementar, no solo formular, políticas de salud intercultural. Lamentablemente, el Estado y la sociedad peruanos han buscado consciente o inconscientemente de invisibilizar al mundo nativo y su problemática”.

Acrónimos

ABREVIATURA	SIGNIFICADO
APN	Atención Pre Natal.
CART	Central Asháninka de Río Tambo
CPN	Control Pre Natal
CS	Centro de Salud
DGE	Dirección General de Epidemiología
DGIESP	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública
DGSP	Dirección General de Salud de las Personas
DIRESA	Dirección Regional de Salud
ESSR	Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva.
FASPA	Facultad de Salud Pública y Administración
HIS	Sistema de Información en Salud
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
INFORHUS	Registro de Personal de Salud del Observatorio de Recursos Humanos.
MIDIS	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.
MINSA	Ministerio de Salud
MR	Microrred
PS	Puesto de Salud
REDInforma	Repositorio Digital de Información del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
SERUM	Servicio Rural y Urbano Marginal (Servicio Civil)
UPCH	Universidad Peruana Cayetano Heredia

1. Aspectos generales del estudio

1.1. Actores y ámbito

El presente estudio se realizó en el pueblo asháninka, constituido por un conjunto de comunidades nativas afincadas en la selva central del Perú, en los departamentos de Ayacucho, Cusco, Junín, Huánuco, Loreto, Pasco, Ucayali, con una población estimada en 55,500 habitantes¹. Estas comunidades están ubicadas en las cuencas de ríos de la vertiente amazónica del sur de Perú, principalmente de ríos Apurímac, Ene, Perené, Tambo, Pichi y Ucayali y sus respectivos afluentes. El departamento de Junín, comprende dos regiones naturales: la sierra y selva, esta última alberga a aproximadamente el 50% del pueblo asháninka ubicado fundamentalmente en la ribera del río Tambo.

La atención de salud a las comunidades nativas es provista mayormente por los servicios públicos de salud administrados por el Gobierno Regional de Junín a través de su Dirección Regional de Salud y la Red de Salud de Satipo, unidad administrativa desconcentrada que gestiona la provisión de servicios de salud a la población de la provincia de Satipo con una población de 143, 231 habitantes, 19% de la cual se autoidentifica como nativa amazónica: asháninka, nomatsiguenga y kakinte².

El estudio se realizó en las comunidades asháninka de Puerto Ocopa y Otica, ubicadas en la margen del río Tambo, distrito de Río Tambo, y sus respectivos establecimientos de salud: Centro de Salud de Puerto Ocopa y Puesto de Salud de Otica. Adicionalmente, se visitó la comunidad nativa de Poyeni y se conversó con pobladores de dicha comunidad y el personal del Centro de Salud.

El ámbito del estudio se ubica en el extremo oriental de la provincia de Satipo, a una distancia aproximada de 500 km. desde la ciudad de Lima que demanda entre 12 a 14 horas de desplazamiento por vía terrestre y fluvial.

Mapa N°1: AMBITO DEL ESTUDIO



1.2. Objetivo del estudio

Conocer la calidad de la atención de la salud materna provista por los servicios de salud a las comunidades indígenas amazónicas a fin de identificar y analizar los factores asociados a esta, teniendo en cuenta la perspectiva de las comunidades, como la de los servicios de salud, con el propósito de contribuir al diseño e implementación de la política sectorial de salud intercultural.

1.3. Proceso metodológico

El modelo de investigación mixta^{3,4} fue aplicado mediante un proceso sistemático de carácter exploratorio e interpretativo que combina técnicas cualitativas y cuantitativas, con predominio de las primeras⁵. Durante la recolección de los datos se utilizaron técnicas de investigación de tipo secuencial.

Las fuentes primarias, mayoritariamente cualitativas: entrevistas y la observación de campo enfatizaron la aproximación a los actores y su contexto social para el registro de significados y valoraciones, complementada con una evaluación cuantitativa de la calidad de la atención de la salud materna provista en población asháninka.

Igualmente, se realizó el análisis documental⁶ de la información recogida de fuentes secundarias: información teórico conceptual sobre salud, atención de la salud e interculturalidad, así como, la revisión y análisis de la normatividad técnica que orienta la atención y la información estadística sobre la atención de la salud materna de fuentes secundarias nacionales, regionales y locales. Asimismo, se revisó y analizó la información del contexto social así como sus implicancias sobre la salud materna y su atención.

El estudio se realizó durante un periodo de tres años. El primer año, estuvo dedicado a crear las condiciones teóricas, metodológicas e instrumentales para el estudio, a la par, se estableció un conjunto de relaciones con los principales actores nacionales, regionales y locales involucrados en el asunto, pero sobre todo a explicar la naturaleza y objetivos del estudio a los actores locales e informantes claves a fin de generar su confianza y compromiso.



Participación en la asamblea de la comunidad de Poyeni para informar sobre la realización del proyecto

Cabe señalar que varios de los actores, principalmente institucionales, han cambiado en su representación y en mayor o menor grado las orientaciones de sus intervenciones, esto es producto de la débil institucionalidad del aparato público en general y particularmente en salud, de manera que al producirse cambios en la conducción política a cualquier nivel de gobierno estos conllevan a cambios en los

equipos técnicos y aun en los operativos, con serias consecuencias en la continuidad de la implementación de las políticas de salud y la atención de la salud.

El segundo año, estuvo abocado a la recolección de la información necesaria para la evaluación de la calidad para ello se recogió información de: población nativa (gestantes, agentes comunitarios de salud materna y dirigentes comunales), servicios de salud (funcionarios y personal de salud involucrado en la provisión de servicios). Además se entrevistó a autoridades y funcionarios del gobierno local. En el tercero se completó la información, principalmente cuantitativa y se procedió a la consolidación y análisis de la información mediante reuniones de trabajo del equipo investigador y expertos en el campo.

1.4. Construcción de datos

Con la revisión y el análisis de fuentes documentales se obtuvo una primera aproximación diagnóstica de la situación de la atención a la salud materna de mujeres indígenas en la zona de estudio y se elaboró un mapeo de los actores de mayor relevancia, lo que permitió construir la muestra de informantes claves: gestantes, líderes de pueblos originarios, agentes comunitarios de salud, personal y funcionarios de los servicios de salud, funcionarios del gobierno local, entre otros.

A efectos de recoger la información en campo se solicitó la anuencia de las dirigencias comunales previa exposición de objetivos en sus respectivas asambleas. La etapa de recolección de información en campo tuvo una duración de 24 meses, donde se combinaron entrevistas a profundidad a gestantes y dirigentes asháninka y agentes comunitarios de salud, con registros de observación de campo de carácter etnográfico, tarea asumida por la antropóloga coordinadora del trabajo de campo que, cuando fue necesario, estuvo acompañada por personal bilingüe incorporado al equipo.

Las entrevistas al personal de los establecimientos de salud considerados en el estudio, funcionarios de salud de la MR de Puerto Ocopa, Red de Satipo y Dirección Regional de Salud de Junín, así como a los funcionarios de la Municipalidad Distrital

de Río Tambo y otros actores sociales de importancia, fueron realizadas por el investigador principal.

La Tabla N°1 presenta la nómina de los informantes claves:

Tabla N°1: Informantes claves	
Condición de los entrevistados	Número
- Gestantes (G)	35
- Agentes comunales de salud (P)	02
- Dirigentes comunales	07
- Personal de salud (TS)	05
- Funcionarios de salud (FS)	06
- Funcionarios y trabajadores municipales (PM)	03
Total	60

A la par el equipo de investigación realizó visitas de observación a las comunidades de Puerto Ocopa, Puerto Prado, Poyeni y Otica, con una duración de entre dos a siete días, entre los meses de abril de 2016 y setiembre del 2017. En esta etapa el equipo investigador mantuvo reuniones frecuentes de intercambio de experiencias con el personal de salud de los establecimientos y recogió información documental del CS de Puerto Ocopa y PS de Otica, la Red de Salud de Satipo, la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Junín, y la Municipalidad de Río Tambo.

1.5. Estrategia del análisis

El análisis cualitativo siguiendo el método estructurado enfatizó en el desarrollo de procesos descriptivos acerca del contexto normativo institucional de los servicios de salud, las organizaciones comunales y sociales del pueblo asháninka y el contexto local; así como el mapeo de relaciones de conceptos, las voces de los actores, los registros observacionales y las reflexiones del equipo investigador con los ejes del estudio y temas emergentes.

Las entrevistas fueron transcritas, codificadas, sistematizadas y procesadas directamente por las antropólogas del equipo siguiendo la metodología de análisis cualitativo.



Entrevista a dirigente de la comunidad de Otica

Adicionalmente se procesaron y analizaron los registros de observación de campo extraídos de los cuadernos de observación.

La información de fuentes documentales directas: historias clínicas, registro de atención de partos, registro de referencias, fueron procesadas y analizadas por un médico gineco-obstetra, experto en calidad de la atención. La información proveniente de planes, informes de gestión, normas y documentos técnicos de atención y gestión de servicios y las bases de información de la producción de atención emitidos por la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA, el Sistema de Información en Salud (HIS), la DIRESA Junín, Red de Salud de Satipo y Municipalidad Distrital de Río Tambo, fue sistematizada según las variables del estudio.

Igualmente, se consultó la información pertinente contenida de las plataformas de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del Instituto Nacional de Estadística e Informática (ENDES-INEI), INFORHUS- Registro de Personal de Salud del Observatorio de Recursos Humanos en Salud del MINSA y de REDInforma, Repositorio Digital de Información del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.

1.6. Consideraciones éticas

El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) y, según esta establecido, los entrevistados fueron previamente informados sobre los objetivos del estudio, recabándose en cada caso el consentimiento escrito o verbal para su participación.

2. El devenir del pueblo asháninka y su incidencia en la salud

"No me quites mi cultura, pero dame las herramientas para también desarrollarme, también quiero desarrollarme. Todas esas cosas no las están entendiendo el Estado, el gobierno, los gobiernos locales, no lo están entendiendo" (DC 01 CART)

En la comunidad sanitaria nacional, salvo contadas excepciones, se evidencia grandes limitaciones para reflexionar e interpretar la situación de salud de los pueblos indígenas del mundo amazónico. Se concibe la salud de los pueblos amazónicos haciendo uso de las mismas categorías de interpretación e intervención aparentemente eficaces en realidades urbanas, modernas y relativamente estables, sobre las que se trata de formular adecuaciones instrumentales y operativas en busca de conferirles algún grado de pertinencia, sin poner en cuestión los modelos conceptuales sobre las que se fundan estas intervenciones. Estos se constituyen en verdades axiomáticas y por lo tanto indiscutibles^a.

A priori las políticas, normas y directivas sanitarias no expresan al mundo amazónico como un espacio de múltiples y complejas diferencias, es necesario realizar un esfuerzo por dar cuenta de una realidad inicialmente ajena, según se refleja en los varios intentos de adecuación cultural de las normas de atención^b. Tarea necesaria pero insuficiente.

"El Ministerio no lo está entendiendo al pueblo indígena; son dos partes que son temas, que las leyes del Estado imponen dentro de una cultura que todavía está viva, es viva todavía dentro de la cultura asháninka o la cultura amazónica" (DC 01 CART).

^a Basta revisar la normatividad elaborada sobre al respecto: MINSA/DGE. Aportes metodológicos para la elaboración del análisis de situación de salud de los pueblos indígenas de la Amazonía peruana, 2012; NTS N° 105-MINSA/DGSP. V01. Norma técnica para la atención integral de la salud materna; NST N°121-MINSA/DGIESP V.01. Norma técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural, entre otras.

^b Una mirada intercultural crítica y transformadora, permitiría comprender el mundo amazónico en su amplitud y a la vez asumir los cambios en todo el proceso del servicio de salud.

Incluso en aquellas experiencias de salud intercultural peruanas más valoradas en el país y que mantienen vivas las reminiscencias de sus logros, al ser escrutadas, muestran reparos respecto a su eficacia. La constatación de cómo estas experiencias acentuaron los desencuentros e inequidades socioculturales o cómo tendieron a la instrumentalización, advierten de cuán distantes estuvieron en alcanzar cambios significativos para la salud y la vida de los pueblos indígenas u originarios⁷. Asimismo, en Latinoamérica los intentos de integración del sector salud y la biomedicina con la medicina tradicional, difícilmente superan los preconceptos y las ideologías⁸.

Es imperativo interpelarlas desde las visiones y orientaciones que las guían, en el curso de acción y resultados que alcanzan, en cuán capaces son de transformar la salud y la vida de las comunidades indígenas. Así como en la impronta que deja en las experiencias y en sus actores (directivos, operadores, usuarias, líderes y lideresas, entre otros)⁹.

2.1. Salud de los pueblos indígenas

La salud y su atención son bienes esenciales e inherentes a la condición humana, su cuidado es preocupación temprana de todo proceso civilizatorio al margen de la modalidad que esta asuma. Las sociedades modernas y sus Estados procuran diseñar e implementar acciones preferentemente públicas de alcance colectivo para su abordaje no obstante estas intervenciones adquieren sentido en la vida de los pueblos y su cultura cuando logra incluirlos como actores en su salud y existencia; esto es, poner en el centro sus “modos de ser” en la creación de condiciones y comportamientos favorables que fortalezcan los vínculos sociales, mejoren la resiliencia y disminuyan riesgos de morbilidad, entre otras resultantes que evidencien el fortalecimiento del capital social y la eficacia de las intervenciones sanitarias¹⁰.

En el sistema internacional de derechos los pueblos indígenas son sujetos de derechos colectivos acorde con criterios objetivos de continuidad histórica, conexión territorial e institucionalidad y, criterios subjetivos sobre la consciencia de

grupo e identidad indígena u originaria^c. Garantías reafirmadas y robustecidas en la Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas con cauciones específicas para el derecho a la salud y exigencias de realizaciones individuales y colectivas, de forma integral e interdependiente con el conjunto de derechos humanos. Un sujeto de derechos, que en la historia latinoamericana asoma en tres momentos disímiles: la colonia, el surgimiento de la República y el actual modelo estatal, en medio de la hegemonía neoliberal y la sociedad globalizante¹¹.

En el Perú pese a que son derechos colectivos vinculantes están ausentes en la Ley General de Salud. Mientras tanto, discurre procesos de reconocimiento del derecho a la identidad étnica y cultural, los compromisos de implementación de políticas plurales y descentralizadas de salud y la regulación e implementación de la salud intercultural. Mientras tanto las intervenciones públicas ante la compleja situación de salud de los pueblos indígenas, que advierte del fenómeno de ingreso de nuevas enfermedades a sus comunidades, es limitada e ineficaz¹². La inclusión de la interculturalidad en la salud de los pueblos indígenas, en la historia de la región tiende a ser reactiva a las demandas normativas y situaciones de emergencia, antes que expresiones genuinas de desarrollo de la medicina en el país¹³.

La comprensión y realización de los derechos no son de por si inmediatas, habitan en conflicto con las dimensiones esenciales de la existencia y la dignidad humana (necesidades, carencias materiales, anhelos, entre otros). Son garantías que han de afincarse en contextos específicos de tradiciones y experiencias capaces de crear “universalismos contextuados” que ponen en juego sus valores universales junto con las identidades y prácticas locales, y sus legítimas aspiraciones de bienestar¹⁴.

Más aun cuando a la base está situación persiste la discriminación estructural contra estos pueblos y se expresa en mayores niveles de pobreza e inequidades socioeconómicas que los afectan históricamente^{15,16,17,18}. Situación que trasciende a

c Convenio 169 de la Organización Mundial del Trabajo OIT. Asimismo, la Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, reafirma sus derechos colectivos como pueblos o como individuos, asumiendo las mismas prerrogativas contenidas en la Carta de Naciones Unidas, la Declaración Universal de Derechos Humanos y las normas internacionales de derechos humanos (Artículo 1).

los sistemas de salud y que se aventajan a la condición de discriminación étnica, en la atención primaria de salud^{19,20}. En el Perú de acuerdo con el Ministerio de Cultura son 55 pueblos indígenas u originarios, de los cuales 51 son de la Amazonía y 4 de los Andes. La cuarta parte de la población peruana (24.9%) se asume indígena (quechua, aimara o nativo amazónico), según el censo 2017²¹. Las cifras exhiben un acento estatal²², rebotante de declaraciones, diagnósticos y estadísticas y, escaso en cambios sustantivos.

La discriminación en salud en el Perú^d, según Valdivia (2010) se puede expresar en tres niveles: estructural, institucional y personal²³. La insuficiente disponibilidad de servicios de salud para todas las personas, que garanticen calidad en la atención que brindan evidencia la persistencia de brechas en las zonas rurales y especialmente para la población indígena. No priorizar la disposición de distintos tipos de recursos que cierren estas brechas estaría expresando la discriminación desde el Estado y el sistema de salud hacia algunos grupos sociales y por lo tanto, expresa una situación de exclusión social y sanitaria. La discriminación institucional en salud se refiere a la estructuración de los servicios de salud que como instituciones se definen y construyen bajo un marco normativo legal, el cual puede contener aspectos que inducen a la discriminación, sin que esta se origine en la intencionalidad de las personas que atienden al público. La discriminación a nivel de las personas es la más evidente porque se puede dar en el encuentro individual y puede ser explícita o implícita, esta forma de discriminación es señalada como la forma más frecuente especialmente en contextos rurales donde existe población indígena.

La discriminación está relacionada con la interculturalidad, un concepto complejo y polisémico que deriva de tres paradigmas científico-sociales: la desigualdad, centrada en el análisis vertical de estructuraciones socioeconómicas, las

d Sin embargo, para la autoridad rectora la “discriminación étnico-racial” enfatiza los aspectos relacionales y eventuales riesgos restrictivos al ejercicio de derechos y libertades de las personas y, en fines deseables por disponer de servicios públicos libres de discriminación (Ministerio de Cultura, Política Nacional para la Transversalización del Enfoque Intercultural, 2015). Asimismo la Política Sectorial de Salud Intercultural (2016), está pendiente de implementación.

inequidades de género y las asimetrías coloniales y raciales; la diferencia, que enfatiza el análisis horizontal desde lo étnico, cultural, religioso, género, edad, orientación sexual y capacidades; y, en la diversidad, centrada en el “análisis intercultural” respecto a las características e interacciones relacionales, transversales e interseccionales, donde las identidades individual y colectiva, tienden a articularse en la praxis²⁴.

En el campo de la salud, así como en otros campos del desarrollo y bienestar, la inclusión de la interculturalidad, implica entre otras cosas: la valoración de cosmovisiones y prácticas diferentes y la reafirmación de la cultura como capital de desarrollo sostenible y de reconocimiento de derechos,^{25,26}; el anteponer el diálogo intercultural para comprender y vivir la diversidad, frente a las formas de relación entre dos o más culturas y de recreación de nuevas interacciones culturales²⁷; efectivizar el sistema garantista de los derechos humanos hacia transformaciones institucionales y políticos que brinden prestaciones de salud pública plurales y equitativas, para superar las desigualdades; y, promover el respeto a la pluralidad de conocimientos, prácticas, y recursos en salud, así como el conectar las diferentes visiones y sistemas orientadas al intercambio e interacción, a fin de mejorar y expandir los horizontes de la atención de la salud.

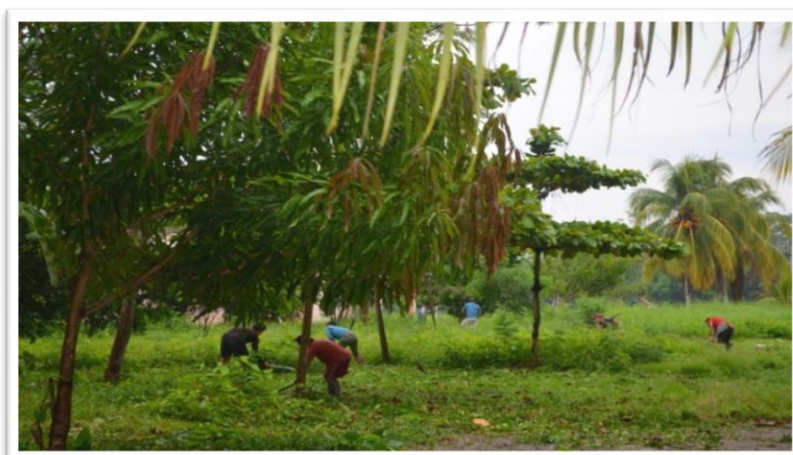


Elementos de la cosmovisión asháninka (extraído del Calendario Asháninka de Río Tambo 2014 – 2015)

2.2. Los cambios y su relación con la vida y salud del pueblo asháninka

Hasta décadas recientes el pueblo asháninka era conocido por su condición genuinamente amazónica²⁸ y ligada intrínsecamente con el territorio y la lucha por defenderlo desde tiempos milenarios. Con la colonización de Satipo, Chanchamayo y Oxapampa a fines del siglo XIX y XX, si bien luchan por mantener su esencia, el contexto cambió. La irrupción del conflicto interno en su territorio en los años 80 trajo consigo efectos nocivos por la ocupación y el secuestro de aproximadamente 55 mil víctimas, 10 mil desplazados forzados, entre otros. La situación de exclusión y marginación histórica se agravó, según el Informe de la Comisión de la Verdad²⁹.

Los pueblos amazónicos como toda colectividad son cambiantes y a la vez persistentes³⁰. Son comunidades que crean y construyen su identidad sobre la base de visiones, creencias, prácticas y tradiciones, que en suma constituyen el modelo de sociedad que satisface su necesidad de orientación y posicionamiento en la realidad y les otorga cohesión interna³¹. Estas cosmovisiones son dinámicas y en determinado tiempo cuando colisionan con otras, dan paso a las hegemonías de una sobre otra o crean y recrean nuevas formas de ver el mundo³². En la cosmovisión amazónica la realidad objetiva está vinculada con la espiritualidad como un todo. El relato mítico condensa la visión del bienestar de los individuos y la colectividad, la cual está en relación armoniosa entre lo visible e invisible, donde el poder superior de los espíritus y deidades trasciende a la esfera terrenal para prescribirla y personificarla³³. El relato oral narra los tiempos esenciales, los actos



Faena comunal

fundacionales de la memoria colectiva y la verdad sagrada en los pueblos que la conservan³⁴.

El pueblo asháninka, en pocas décadas, fue sometido a profundos cambios de diversa índole de los cuales el de mayor impacto fue rápida destrucción de su modo de producción tradicional basado en la interrelación armónica y constructiva con el ambiente y organizado bajo cánones de reciprocidad y respeto, que se expresan en la economía de auto subsistencia (caza, pesca y recolección). Desde este “modo de vida” se configuró una cosmovisión integral y totalizante^e, con propia lengua, patrones culturales fuertemente identitarios y una organización social en base a comunidades que gozan de gran autonomía y cuyas relaciones, internas y externas, estaban claramente establecidos y regulados por la autoridad tradicional jefes,



Feria comercial que se instala los días que se realiza la entrega del dinero por parte del Programa JUNTOS.

apus, sabios, etc.)^f. Como consecuencia, sus estructuras tradicionales entran en tensión con la ola globalizante donde nuevas aspiraciones, estilos de vida, conocimientos inducidos por la educación formal, entre otros, irrumpen y alteran los

cimientos de su cosmovisión y

redefinen o crean nuevos conceptos, prioridades y prácticas. Principalmente en los jóvenes, que deja la responsabilidad de la preservación cultural únicamente en los adultos³¹.

^e Este hecho se refleja en la filosofía indígena, como un todo unitario. Decimos, de lo real (concreto) hacia lo irreal (imaginario), funciona como una conexión, desde el subsuelo, suelo, agua y aire, dando así, otra perspectiva de mayor integralidad y complejidad, donde todo tiene el sentido de vida (derecho consuetudinario y derecho indígena), que difiere de la concepción académica.

^f El pueblo asháninka da cuenta de esta cosmovisión a través de una narrativa el Kametsa Asaike, que se encuentra en permanente recreación y re-significación y puede expresarse como: Vivir como asháninka sanori, Vivir comiendo lo que sabemos, Vivir seguros y tranquilos en nuestro territorio de siempre, Vivir en paz sin sufrir por el terrorismo, Vivir mejor produciendo para comprar lo que necesitamos, Vivir sanos con nuestros conocimientos y bien atendidos en la posta y por la brigada, Vivir con una educación que nos mejore y nos de poder como asháninka, Vivir bien con una organización que nos escucha y defiende nuestros derechos.

Concurrentemente, se entroniza el modo de producción occidental que impulsa la producción agraria con posibilidades de inserción en el mercado internacional (café, cacao), quienes lo logran se aseguran ingresos económicos que permiten cierta capacidad de consumo y acumulación, permitiendo, quizá por primera vez, que surja un “sentido de futuro”, a costas de desechar sus formas comunitaristas de relación y adherir a las leyes del mercado cuya lógica muchas veces ignoran por lo cual frecuentes frustraciones. *“La actividad de trueque la realizaban entre familiares y con otros pueblos indígenas que circundaban sus fronteras. Se intercambiaba carne de monte, por sal negra o vestimenta; plumas de aves, por sal negra; pieles de animales, por ollas de barro, etc. En la actualidad, aquello está cambiando. Ahora, se sigue una economía de mercado, donde la agricultura y la ganadería son las actividades principales. Los productos agrícolas, sujetos a comercialización, son el café y el plátano; en menor cantidad, el maíz, la papaya y la yuca, debido a su bajo costo”*³¹.



Plantaciones de cacao sembradas sin mayor asesoría técnica.

A la par, este “nuevo orden” promueve la depredación de recursos naturales (tala indiscriminada, narcotráfico, explotación de recursos mineros y energéticos) que

lleva la devastación acelerada del ambiente y a la extinción o contaminación de sus fuentes naturales de subsistencia, usualmente ante la pasividad del Estado.

“Veinte años de lucha, o sea veinte años no se ha hecho nada la Seguridad Nacional. Y está creciendo el narcotráfico. Es un problema. Es un problema porque el Estado no le da las herramientas para el desarrollo para las comunidades. Yo quiero tener luz y tengo que pagar; no tengo herramientas de desarrollo, el Estado no me está dando las herramientas necesarias” (DC 01 CART)

Como resultado se evidencia la acentuación de la pobreza y la desnutrición principalmente infantil pues su acceso a fuentes de proteína animal es casi nulo. Esta *situación* los obliga a replantear sus mecanismos de subsistencia y relaciones al interior de sus comunidades o incluso a considerar la migración.

El “modo de vida” tradicional, como parte de su cosmovisión, produjo particulares formas de concebir y actuar frente a la vida y la muerte, la salud y la enfermedad, el género, la sexualidad, la reproducción, la maternidad, entre otros; organizados en un sistema de valores que se transmiten, recrean y operan a través de sus “sabios” (sheripiari). Pero también produjo sus propias maneras de interrelacionarse con una naturaleza llena de contrastes y monotonías, de enormes dimensiones y distancias que solo pueden ser transitados por sus grandes ríos, de bosques plenos de abundante y variada flora y fauna donde habitan seres mágico-míticos⁸. Todo ello modela y le da sentido a sus vidas, *al tiempo y a sus ciclos; y se expresa en una rica narrativa.*

Por su parte, la vida moderna aparejada con una débil e inadecuada política social trajo consigo un conjunto de mecanismos de socialización y en alguna medida de inclusión social: educación y salud básica; ampliación y mejora de los medios de transporte; y en muchos casos, acceso a medios modernos de comunicación (teléfono móvil e internet). Medios que mejoraron sus posibilidades de inserción en el mercado laboral y dieron lugar a emprendimientos económicos en las comunidades.

⁸ “...el territorio, para el pueblo asháninka, es el espacio donde viven, donde abundan animales y aves, donde existe agua, lagunas, donde observan a sus astros, es un lugar de adoración, son los espacios sagrados en los que se comunican con otros seres.”

Al parecer, en términos generales, los cambios contribuyen a mejorar las condiciones de vida de los pobladores; sin embargo, va instalándose una creciente brecha entre quienes pueden insertarse al mercado y acceder a estas oportunidades y quienes van quedando relegados. Entre los primeros están quienes se *dedican* a la producción agraria, los pequeños comerciantes y fundamentalmente los jóvenes. Cambios que trasciende a la cosmovisión y valores, como es el caso de territorio que tiene más valor para los jóvenes en el sentido de la propiedad, mientras que para los mayores, es un elemento que forma parte de su cosmovisión³¹. Entre los segundos, que son más, se produce un creciente empobrecimiento pues están siendo privados de sus medios tradicionales de vida y son obligados a participar en procesos de mercado de compra y venta de bienes y servicios para los que no están preparados, y peor aún, la mayor parte no dispone de los medios adquisitivos para ello.

“...bueno a diferencia de la sierra aquí si se ve la pobreza extrema; es tanto el nivel de pobreza que muchas personas prefieren no referir a sus pacientes, porque ya tienen la idea de que ese paciente no se va curar o el gasto es tan grande que prefieren o asumen que el paciente fallezca en su casa, y ahí queda” (FS 01 PO)

Se trata de sociedades desconcertadas por la magnitud, velocidad y ambivalencia de los cambios, que tiene como subproducto la progresiva deslegitimación y debilitamiento de la autoridad comunal (tradicional), principalmente en su rol regulador de la vida comunal y de generación de consensos que le den cohesión, pero también en el progresivo descrédito de la narrativa tradicional *que* expresa su cosmovisión. Sánchez y Chavarría señalan que, *“La escuela tradicional, ha sido en gran medida uno de los agentes causantes del rechazo a la propia cultura. El sistema educativo, ha fomentado la incomunicación de las culturas diversas, al sobrevalorar la cultura occidental e imponer el castellano como único vehículo lingüístico”*³⁵.

Este panorama se complicó más aun luego de que desde la década de los 80' estos pueblos fueron *escenario* del conflicto armado interno que vivió el Perú^h y que puso a su población literalmente “entre dos fuegos”, comunidades enteras tuvieron que desplazarse de su hábitat poniendo en cuestión su existencia. A la pérdida de vidas humanas y recursos materiales hay que añadir la profundización de la desestructuración de su “modo de vida” con repercusiones hoy presentes como cicatrices de la violencia³⁶.

“Las viejas parteras no hay. (...) Antes las parteras murieron... la violencia... Todo lo que sean viejitas lo asesinaban, lo cortaban...” (DC 01 PO)

El clima de violencia al parecer, se traslada luego al ámbito doméstico como violencia familiar y sobre todo de género; y al social expresado en la inseguridad en los caminos por continuos asaltos, pero también en el incremento de alcoholismo en las comunidadesⁱ y en otros problemas de la salud mental. Son graves problemas que no ameritan mayor respuesta del Estado.

La crisis del mundo indígena amazónico impacta con mayor intensidad en la juventud, en ellos se aprecia un legítimo despertar en sus expectativas por mejores condiciones de vida³⁷. Son ellos quienes se encuentran mejor dotados por los mecanismos de socialización y optan frecuentemente por migrar hacia centros poblados de mayor desarrollo y a ciudades intermedias en busca de trabajo y de educación usualmente con el apoyo de sus padres quienes perciben la escasa viabilidad para propuestas de desarrollo endógeno y por ende las pocas oportunidades que sus hijos tienen si permanecen en la comunidad. A contrapelo el alejamiento supone la pérdida del manto protector/regulador de la comunidad, en la práctica son lanzados a vivir en un medio ajeno y usualmente hostil, sujetos a

^h Durante la década de los 80'un grupo de inspiración maoísta se levantó en armas contra el Estado, utilizando una estrategia terrorista que entre otras acciones produjo el genocidio y el sojuzgamiento de varias comunidades de la selva central entre ellas la población asháninka.

ⁱ Ingesta alcohólica muchas veces permanente en un sector de la población adulta que consume un fermentado (chicha) de yuca denominado masato. Se utiliza el término “*estar masateado*” para expresar esta condición.

nuevos riesgos sociales y de salud: son presas del narcotráfico, los mecanismos de trata de personas, el consumo de drogas, la prostitución. Sus repercusiones en la salud son diversas: creciente incremento de TBC³⁸, sífilis y VIH³⁹ y de problemas de salud mental⁴⁰.

“¿Y dónde van a irse los hijos indígenas? Van a irse, ser empleados del narcotráfico, futuros mochileros del narcotráfico, o sea, a mí me preocupa más el tema social, porque los hijos ahora van a ir...” (DC 01 CART)

Los cambios también impactan en la atención de la salud; en las nuevas generaciones, entre ellas las gestantes jóvenes ganan presencia las explicaciones y prácticas occidentales o “científicas”, se comienza a reconocer y valorar su capacidad de intervención, en parte como producto de su propia experiencia o por el imaginario construido a partir de la información que llega por los medios de comunicación. El efecto específico sobre la atención la salud materna es ambivalente de un lado, el estudio da cuenta de la vigencia de su patrón étnico-cultural en el comportamiento de las mujeres gestantes durante el parto y postparto, pero también se recoge evidencias en el sentido de que su matriz cultural no parece ser ya un obstáculo insalvable, de modo que un importante sector de jóvenes gestantes asháninka demanda activamente por atención. Lo que abona a mantener las relaciones de género tradicionales y acentuar las brechas e inequidades⁴¹.

“A los cuatro meses (me di cuenta) (...) (mi mamá) me llevó a la posta” (G 06PO).

“Me fui a la posta con mi abuela” (G 05PO).

“Me han hecho análisis de sangre, y después mi orina, y después me han puesto un termómetro, no sé... para la presión” (G 02PO).

“O sea te miden si el bebé está creciendo, tu barriga está creciendo. Sacan análisis (sangre y orina), nos hacen también este... antes nos hacen Papanicolaou” (G11OTICA)

En consecuencia, se requiere analizar e interpretar a esta sociedad nativa como un sujeto social que transita aceleradamente desde su modo ancestral/tradicional de vida a uno moderno que se pretende superior, en un proceso complejo no exento de tensiones y ambivalencias, que genera auto adscripciones y adscripciones culturales y transculturales²⁴.

3. Inequidad en la atención de la salud materna de las poblaciones indígenas amazónicas

3.1. Inequidad y exclusión en salud

La equidad en salud “implica que, idealmente, todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de modo pragmático, que nadie deba estar desfavorecido para lograrlo en la medida que ello pueda evitarse”⁴². Se, precisa la condición multidimensional del concepto que incluye aspectos relacionados con el logro de la salud y la posibilidad de lograr buena salud, y no solo con la distribución de la atención sanitaria. Pero también incluye la justicia de los procesos y, por lo tanto, debe prestar atención a la ausencia de discriminación en la prestación de la asistencia sanitaria. Por consiguiente, la equidad en salud no puede quedar acotada a la distribución de la atención, ni aun a los logros sanitarios alcanzados con la atención si no que incluye necesariamente los procesos de atención, esto es la calidad de los procesos de atención realizada por igual (con justicia) evitando cualquier tipo de discriminación. Igualmente, la equidad obliga a prestar atención a versatilidad de los recursos y a las diferencias que puedan surgir de los “acuerdos sociales” como expresión de la justicia social y la equidad global⁴³.

En este marco se define la equidad en salud en tres dimensiones: igual acceso a la atención disponible para igual necesidad, igual utilización para igual necesidad y, igual calidad de la atención para todos⁴². Utilizando estos conceptos se ha realizado diferentes estudios sobre inequidad en salud en América Latina, respecto a la atención de la salud materna⁴⁴ o de las poblaciones indígenas o afrodescendientes⁴⁵.

En función de estos conceptos y con referencia a la atención de la salud materna en el Perú, en las últimas décadas, se objetivan notables avances en la distribución de la atención de manera que actualmente los servicios de salud materna son provistos en gran parte del territorio nacional, pero sobretudo en la reducción de la mortalidad materna.

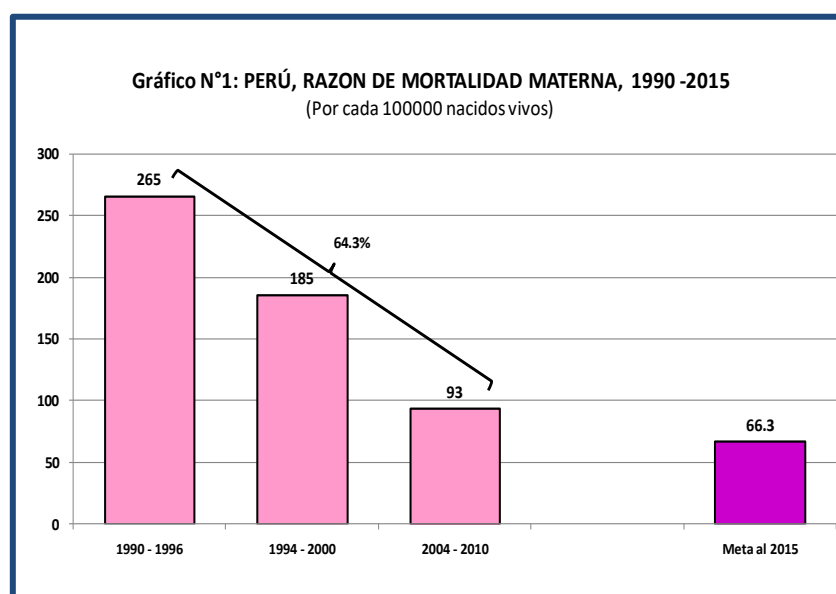
No obstante, en los pueblos indígenas amazónicos las brechas de inequidad en el acceso, la utilización y calidad de la atención, se ha pronunciado respecto de otros sectores poblacionales. Es más se puede hablar que amplios sectores de poblaciones nativas amazónicas sufren grados de exclusión sanitaria desde la exclusión absoluta a que se produce en las comunidades alejadas de las cuencas fluviales cuya movilización es muy difícil por lo que el acceso a la atención de salud es casi imposible^j, hasta la exclusión y autoexclusión que surge por el maltrato o provisión del servicio en un idioma que la población no entiende o cuyo patrón cultural entra en conflicto con las creencias del usuario⁴⁶.

Avances logrados en la atención de la salud materna

La mortalidad materna en el país, siendo inicialmente una de las mayores de A.L. viene en sostenido descenso. La razón de mortalidad maternak descendió de 261 por cien mil n.v. en el periodo 1990-1996 a 93 por cien mil n.v. para el periodo 2004-2010, lo que significó 64.9% de reducción. La meta comprometida con los Objetivos de Desarrollo del Milenio exigía reducir este índice en 75% al 2015 (66.3 por 100,000 n.v.). El país pese a los esfuerzos desplegados redujo la razón de mortalidad hasta un nivel entre 70 y 80 por cien mil n.v. La reducción se presentó por igual en los diferentes estratos sociales y ámbitos de desarrollo, aunque manteniéndose notorias desigualdades entre el área urbana (97.7%) y la rural (75%)⁴⁷.

^j No es el caso de las poblaciones en aislamiento voluntario y contacto inicial

^k Razón de Mortalidad: número de defunciones maternas por 100,000 n.v.



Fuente: INEI - ENDES 2015

3.2. Información sobre la atención de salud materna en los pueblos indígenas

Usualmente los estudios que dan cuenta de la situación de la salud materna en el mundo indígena de América Latina, a través de la medición de la cobertura de atención⁴⁸. Estos estudios a menudo presentan información que diferencia a mujeres indígenas de las que no lo son. En otros casos se apela a presentar las diferencias por regiones geográficas o nivel de desarrollo en el supuesto que estos ámbitos o niveles de desarrollo representan de algún modo a la población indígena, aunque tal criterio no resulte muy veraz sobre todo en lo referente a las comunidades amazónicas^{44,45}. A esto se añade escasa confiabilidad y fragmentación de la información oficial, principalmente la procedente de los servicios de salud, que usualmente se reporta a través del Sistema de información sanitaria nacional (HIS).

Estas insuficiencias de información, se suplen parcialmente mediante la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES), cuya data permite hacer inferencia a nivel nacional, regional y en dominios rurales de la sierra y selva, en ciertos indicadores. Sin embargo se carece de información relevante relativa a comunidades indígenas de la Amazonía. Es menester tener en consideración que la población indígena amazónica censada para 2017 asciende a 418,364 habitantes, organizados en 2703 comunidades representando el 1.3% de la población nacional⁴⁹. Esto limita la

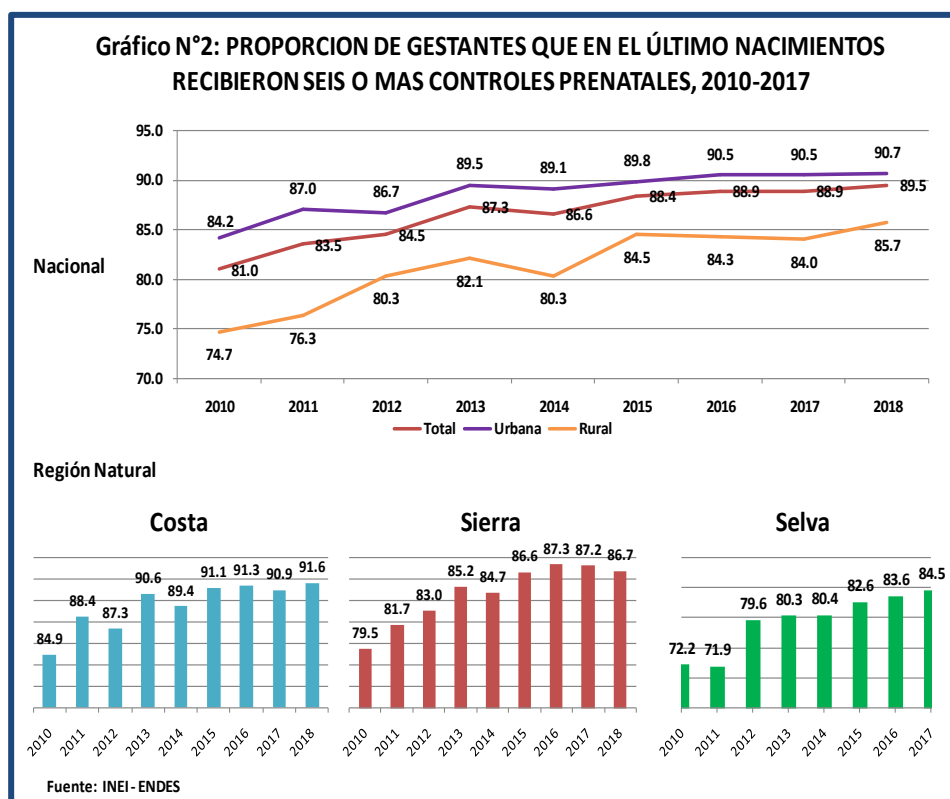
posibilidad de inferir información para estas poblaciones a partir de la data de la encuesta nacional en mención. A fin de salvar esta limitación de la encuesta nacional es necesario explorar la variable idioma del jefe de familia o su cónyuge expresada en la categoría: “habla otra lengua nativa” (diferente al quecha o aimara), en relación con la variable: ámbito de desarrollo (urbano/rural). De este modo, la variable: *rural- otras lenguas nativa*, agrupa a los 52 grupos étnicos que pueblan la Amazonía peruana.

3.3. Inequidad y exclusión en la atención de la salud materna

La atención de la salud materna comprende cuatro subprocesos, la realización de dos de ellos: la atención prenatal y la atención institucional del parto son los mejores indicadores del acceso y cobertura de la atención provista, por lo tanto, las diferencias son expresión de la inequidad de la atención que en muchos casos llega a la exclusión relativa o absoluta del acceso a la atención la maternidad de un sector de mujeres nativas.

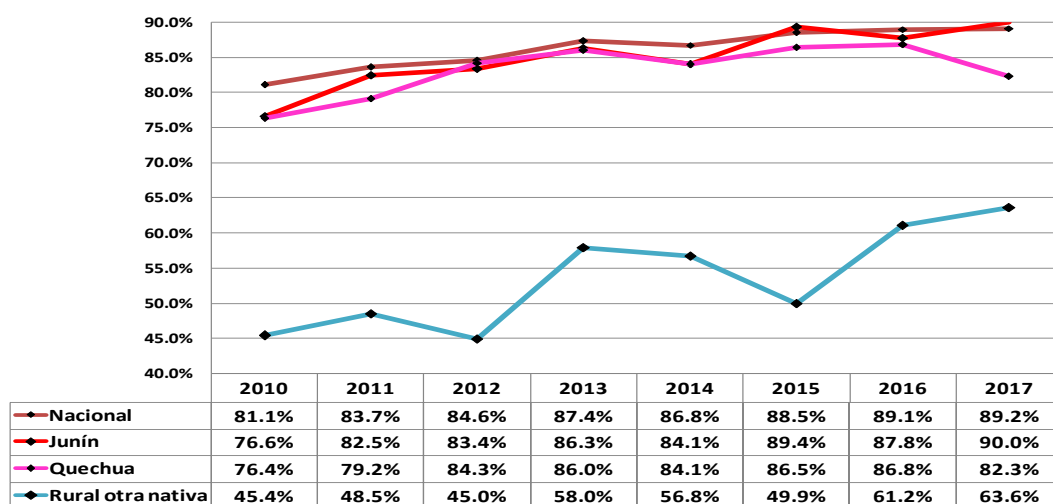
Atención prenatal

Según la información que usualmente reporta la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), la cobertura de gestantes que realizaron seis o más controles prenatales (CPN), no presenta mayores diferencias entre lo urbano y lo rural, sin mostrar mayores modificaciones en los últimos años. Para el año 2017, se aprecia una brecha de 16 puntos porcentuales entre la población gestante urbana y la rural en relación a la proporción de gestantes con seis o más CPN, pese a que en todos los casos es superior al 70%.



Sin embargo, la situación de la atención de la salud materna entre las gestantes indígenas amazónicas difiere marcadamente de este patrón, ya que si se analiza la proporción de gestantes nativas con seis o más CPN (usando la variable antes mencionada) la brecha respecto del promedio nacional se amplía a 25.6 puntos porcentuales. La magnitud de la brecha manifiesta también entre la cobertura registrada como promedio para la Región Junín (en cuyo ámbito se encuentran la mayor parte de comunidades asháninka) y la que corresponde las gestantes nativas amazónicas.

Gráfico N°3: PERÚ, GESTANTES CON SEIS O MAS CONTROLES PRENATALES, SEGÚN LENGUA MATERNA DEL JEFE DEL HOGAR, 2012-2017

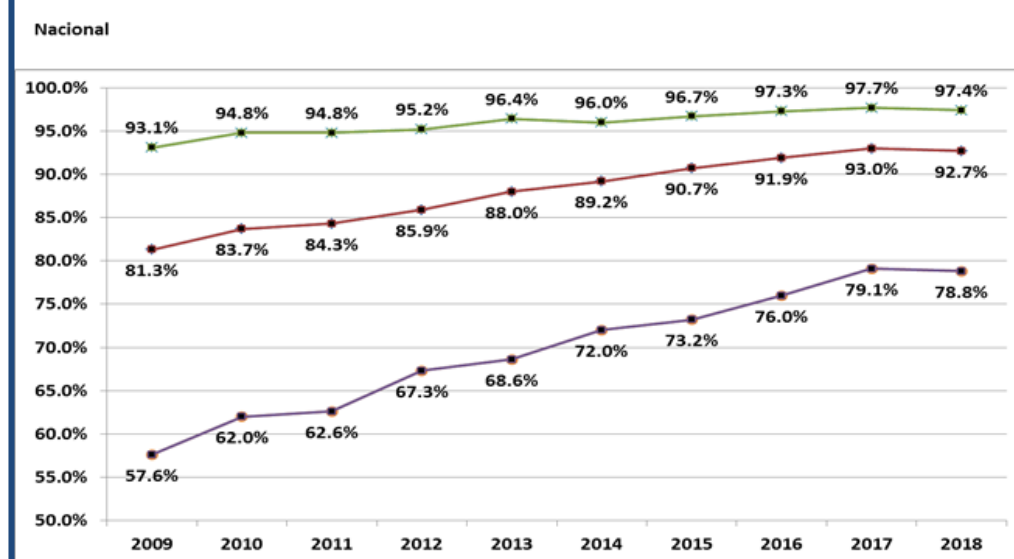


Fuente: ENDES 2012- 20117. MIDIS - REDINFORMA

Atención institucional del parto

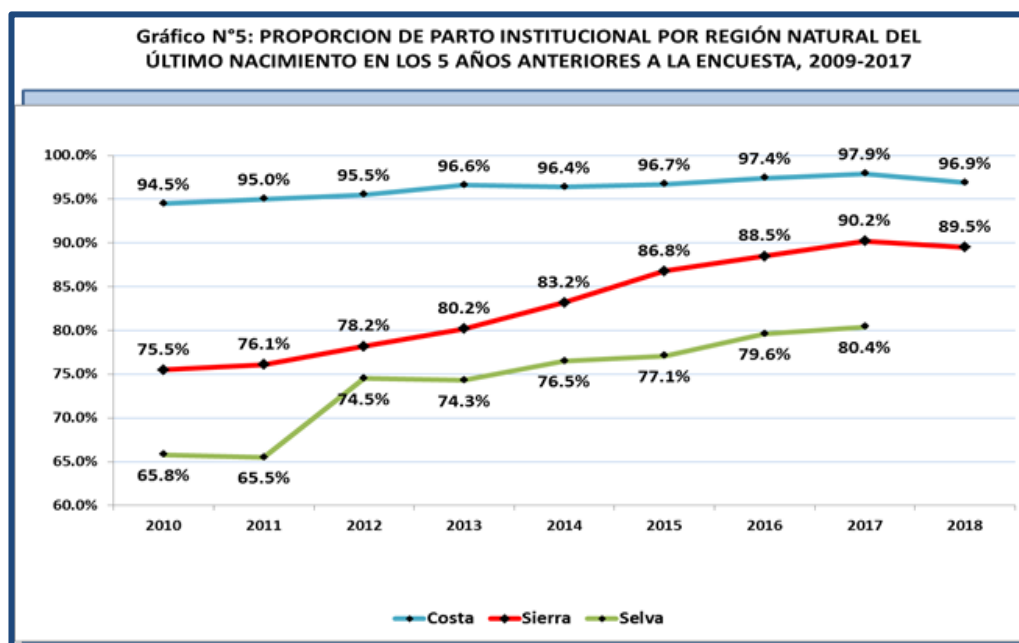
Según la ENDES, en el Perú se ha producido un sostenido incremento de la cobertura del parto institucional. Para el año 2017 la cobertura del parto institucional alcanzó como promedio al 93% de las gestantes, observándose una brecha de 18.6 puntos porcentuales entre el ámbito urbano y el rural.

Gráfico N°4: PROPORCION DE PARTO INSTITUCIONAL DEL ÚLTIMO NACIMIENTO EN LOS 5 AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA, 2009-2017



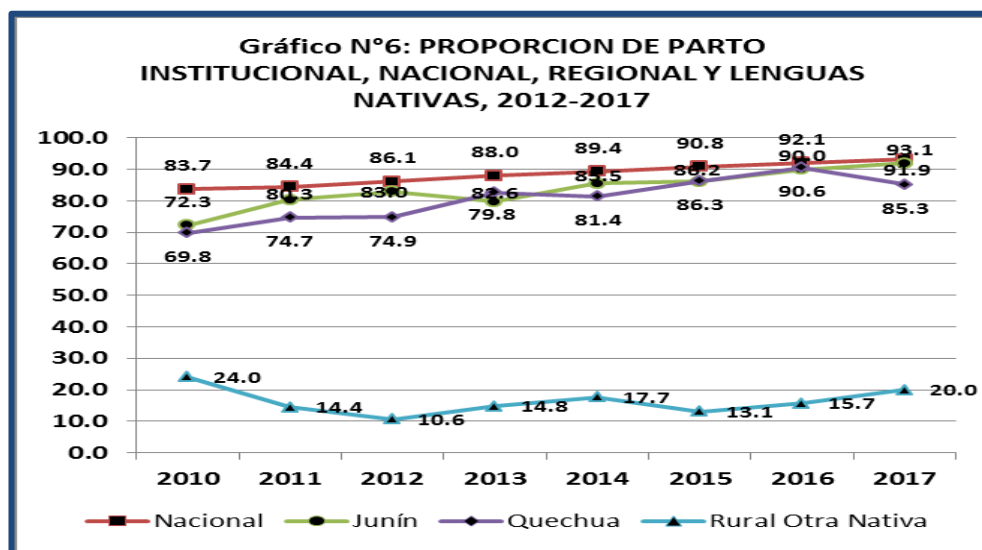
Fuente: ENDES 2012 - 2017. MIDIS - REDINFORMA

Por regiones naturales la brecha es aún mayor.



Fuente: ENDES 2012 - 2017. MIDIS - REDINFORMA

En este caso la brecha a 73.1 puntos porcentuales, una enorme brecha en el acceso. En otros términos, las gestante nativas amazónicas acceden 4.65 veces menos al parto institucional que cualquier otra gestantes en el país. Se evidencia una brecha similar si se compara el parto institucional entre gestantes nativas amazónicas con el parto institucional promedio en la Región Junín. Igualmente, se constata que solo un tercio de las gestantes que reciben atención prenatal busca atención de su parto en servicios de salud, hecho que probablemente denota la especial connotación social y étnico-cultural del parto y nacimiento, que inducen a la autoexclusión de la atención, como se analizará luego.



Fuente: ENDES 2012 al 2017. MIDIS - REDINFORMA

En lo que respecta a la cobertura de la atención del parto en la Microrred de Puerto Ocopa, de la información proporcionada por la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva (ESSR), se colige que durante 2016 los establecimientos de la Microrred de Puerto Ocopa registraron 252 partos institucionales, lo que representa el 19.5 % de los partos registrados.

3.4. Inequidad en la distribución de los recursos para la atención de la salud materna

El aparato prestador público de servicios de salud comprende aproximadamente 8,900 establecimientos de salud, de los cuales 789 (8.8%) están ubicados en ámbitos habitados por comunidades indígenas de la amazonia. De ellos 565 son puestos de salud tipo I-1 y 129 son puestos de salud tipo I-2, en suma 694 (89%). Estos establecimientos están dotados de capacidad para proveer atención recuperativa básica, fundamentalmente de urgencia, prevención de daños y riesgos y promoción de la salud. En el campo de la salud materna realización actividades de atención prenatal aunque de manera incompleta pues carecen de servicio de apoyo al diagnóstico, asimismo, realizan actividades de consejería en planificación familiar y proporcionan métodos anticonceptivos, pero no están capacitados para atender partos.

De los 95 establecimientos restantes, 81 establecimientos (10.2%) son centros de salud tipo I-3 que, según se señaló, podrían atender partos inminentes y están localizados 31 en Loreto, 201 en Ucayali, 17 en Junín, 13 en Amazonas, 9 en Cusco y 5 en Madre de Dios.

Finalmente, 14 establecimientos tienen la categoría I-4 y II-1, los primeros con capacidad de atender partos normales, los segundos además pueden atender partos complicados y cesáreas y realizar transfusiones sanguíneas (procedimiento fundamental principalmente frente a una emergencia obstétrica). Estos establecimientos están ubicados: 5 en Loreto, 5 en el Cusco, 2 en Ucayali, 1 en Amazonas y 1 en Junín. Este último es el Hospital de Satipo.

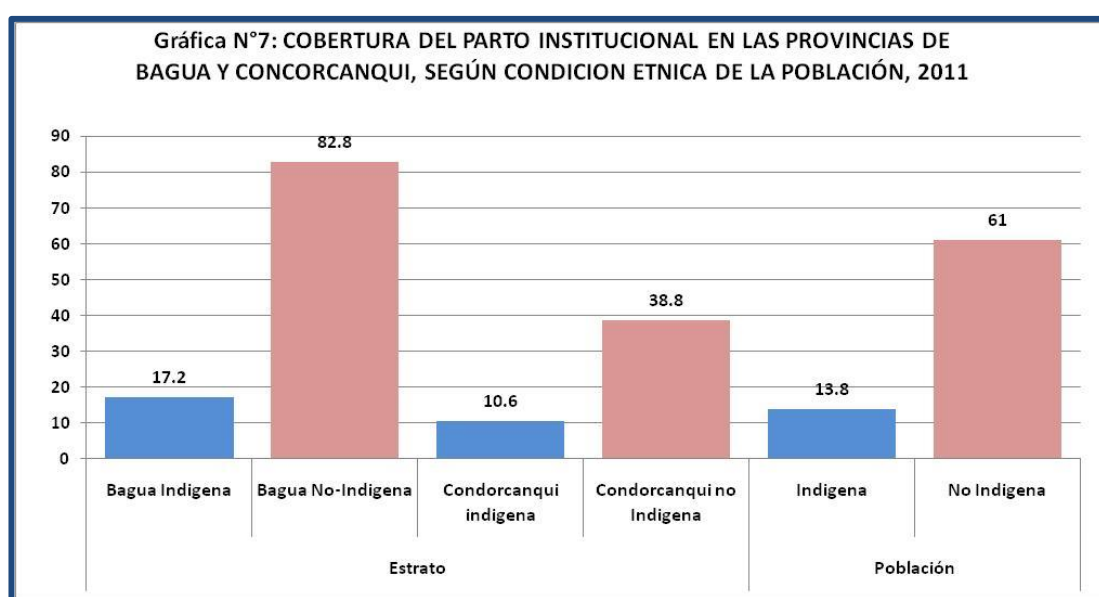
En suma, solo el 12% de los establecimientos públicos de salud destinados a proveer atención de salud a la población indígena amazónica tienen cierta capacidad para brindar atención de salud materna, incluyendo el parto, con cierto nivel de seguridad. Esta cantidad de establecimientos es la mitad de lo que se registra para la atención de la población gestante en el resto del país, de los cuales 1.7% tiene capacidad de atender los partos complicados.

3.5. Se corrobora la inequidad

Un valioso y, al parecer, único estudio de referencia realizado para conocer la situación de la salud materna en las poblaciones indígenas de la amazonia peruana fue realizado por la Organización Panamericana de la Salud- Perú (OPS-Perú) y la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA), entre los años 2011 y 2012⁵⁰. Se trata de una encuesta en hogares a una muestra estadísticamente significativa de las poblaciones ubicadas en las provincias de Bagua y Condorcanqui, ubicadas en el extremo norte del país, limítrofes con la República del Ecuador. Este ámbito geográfico es hábitat de los pueblos indígenas Awajum y Wampis, pero también de poblaciones mestizas migrantes.

En los pueblos indígenas solo 13.8 % de las gestantes accedieron al parto institucional, mientras que entre la población migrante la cobertura del parto

institucional fue de 61%. En consecuencia, no obstante vivir en el mismo espacio geográfico, las mujeres indígenas buscan atención institucional del parto cuatro veces menos que la población mestiza migrante. En términos generales, son resultados bastante similares a los encontrados por ENDES cuando se discrimina por la variable de “*rural_otra lengua nativa*”



Fuente: Organización Panamericana de Salud (OPS), Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI)

A su vez, el estudio muestra una marcada brecha entre la cobertura del parto institucional y el control prenatal. En ese sentido, la extremadamente baja atención del parto institucional (13.8%), no se condice con la relativamente alta cobertura de la atención prenatal (88.3%). En suma, de cada 6.4 gestantes indígenas amazónicas del ámbito solo una gestante tiene su parto en un establecimiento de salud.

Tabla N°2: ULTIMOS NACIMIENTOS DE MENORES DE 5 AÑOS QUE RECIBIERON CONTROL, 2011

		PROVINCIA - POBLACIÓN				POBLACIÓN	
		Bagua indígena	Bagua No-Indígena	Condorcanqui indígena	Condorcanqui No-indígena	Indígena	No Indígena
Tuvo CPN %	Si	94.7%	96.8%	82.4%	92.2%	88.3%	94.5%
	No	5.3%	3.2%	17.6%	7.8%	11.7%	5.5%
Total niños		360	314	388	310	747	624
Tuvo 4 CPN (%)	Si	90.6%	96.4%	77.1%	78.9%	84.1%	87.9%
	No	7.4%	2.6%	14.1%	8.1%	10.6%	5.3%
	No sabe	2.1%	1.0%	8.8%	13.0%	5.3%	6.8%
Captada 1er trimestre (%)	Si	81.5%	76.6%	66.5%	71.9%	74.2%	74.4%
	No	17.6%	22.4%	27.3%	24.2%	22.3%	23.3%
	No sabe	0.9%	1.0%	6.3%	3.9%	3.5%	2.4%
Total niños con CPN		340	304	319	285	659	589

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI)

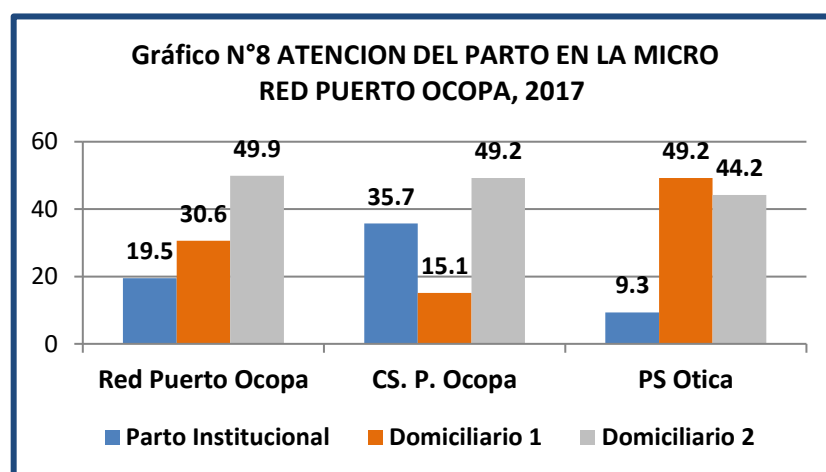
3.6. Situación en las gestantes asháninka

Así mismo, la Microrred registró 395 partos atendidos en domicilio (30.6%). Es probable que esta cifra correspondan a partos atendidos/acompañados por personal de salud en el domicilio o cuya ocurrencia fue constatada por el personal de salud inmediatamente después de producido. Igualmente, se reporta que casi un 50% de los partos fueron domiciliarios, información que posiblemente corresponda a aquellos partos que además de no ser atendidos en el establecimiento, no fueron constatados de inmediato por el personal de salud y de los cuales se tomó nota días después de sucedido, cuando la madre o algún familiar acude al establecimiento de salud para registrar al recién nacido y solicitar la respectiva constancia.

A su vez, si se particulariza el análisis sobre cada uno de los dos establecimientos de salud ámbito de estudio se puede constatar algunas diferencias, pues si bien el parto domiciliario no constatado inmediatamente es relativamente similar (cerca

al 50%), el parto institucional en Puerto Ocopa comprende a 35.7% de los partos registrados, cobertura muy superior al 9.3% de atención del parto por el PS de Otica. Esta condición puede encontrar explicación en el hecho que el CS de Puerto Ocopa es prácticamente el único establecimiento de salud del ámbito con capacidad resolutive para atender partos, situación que es conocida por la población. De otro lado, el parto domiciliario atendido por el personal de salud o constatado tan pronto este se produjo comprende el 50% de los partos registrados en el PS de Otica y es tan solo el 5% en el CS de Puerto Ocopa. Se conoce de la mayor resistencia cultural que lleva a la autoexclusión del parto institucional de parte de la población gestante de la comunidad de Otica pero también de la mayor relación del personal de salud con esa comunidad.

En conclusión, son dos modalidades diferentes de respuesta institucional ante el parto, originadas por razones culturales pero quizá la pobre capacidad de respuesta de uno de los establecimientos sea el factor más importante.

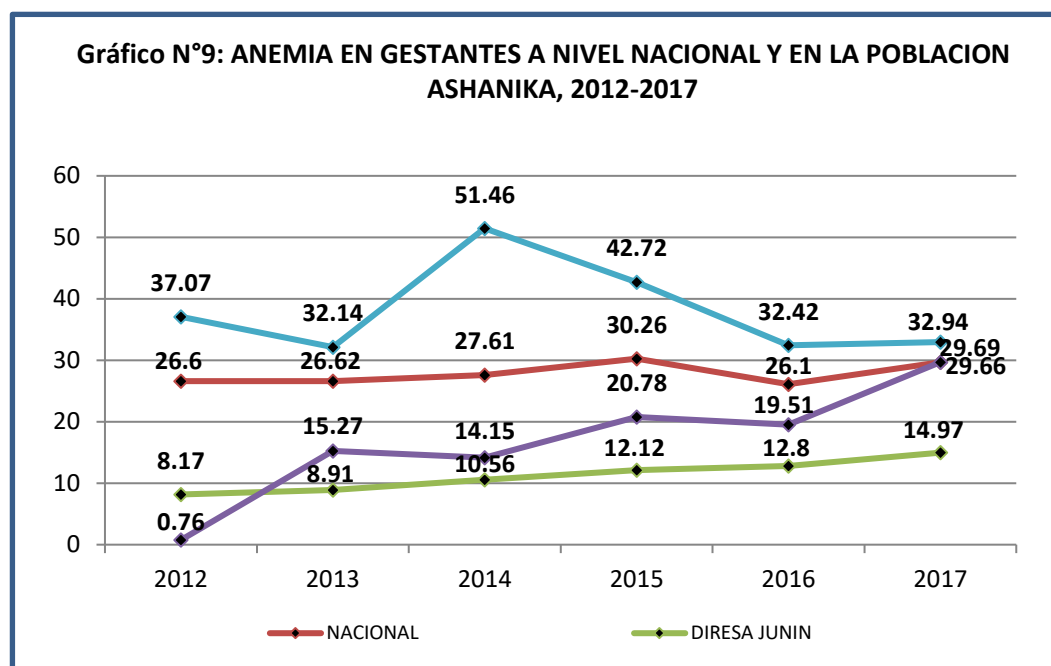


Parto domiciliario 1: parto en domicilio registrado por el personal de salud
 Parto domiciliario 2: parto domiciliario no registrado por el personal de salud
 Fuente: Informe Estadístico de la ESSR –Microrred de Puerto Ocopa.

Anemia en gestantes en la población asháninka.

La anemia es uno de los problemas de salud que más afectan a la gestante, no solo por su relativa alta frecuencia, sino por las consecuencias que tiene sobre su salud, la del feto y del recién nacido. La gráfica N° 9 muestra que la prevalencia de la

anemia en gestantes a nivel nacional es de 29.7%, mientras que en las gestantes indígenas amazónicas es de 32.9%. Siendo una prevalente mayor no existe diferencia estadísticamente significativa entre ambas.



Fuente: ENDES 2012 al 2017. MIDIS - REDINFORMA. Informe ESSR. MR Puerto Ocopa.

Las diferencias en la atención de la salud materna en los pueblos indígenas amazónicos respecto de los demás grupos poblacionales son marcadas, si nos atenemos a la cobertura alcanzada por sus procesos centrales: atención prenatal y parto institucional. No obstante, la información al respecto es escasa y usualmente los informes nacionales consciente o inconscientemente invisibilizan esta situación, señal de la ancestral postergación a la que está sometido el mundo amazónico.

El estudio muestra que más del 80% de los partos registrados en la Microrred de Puerto Ocopa, se producen por fuera de los establecimientos de salud, algunos de ellos acompañados o quizá atendidos por personal de salud, pero atendido usualmente por los familiares de la gestante, como se señalará posteriormente. El parto institucional, cercano al 20%, se produce principalmente en la sede del único establecimiento población con capacidad resolutoria para atenderlo.

4. Reproducción y maternidad en el pueblo asháninka

La vida en las comunidades indígenas en el Perú ha cambiado profundamente por los procesos socio económico y político de las últimas décadas en el país. Sin embargo, sus poblaciones mantienen aún sus costumbres, en armonía con su medio ambiente, en procura de un equilibrio y bienestar integral. Esta cosmovisión reflejada en sus concepciones y prácticas de salud⁵¹ interpela la pertinencia y por consiguiente la eficacia de la atención de salud provista sobre todo a las comunidades indígenas de la Amazonía, que genera como resultado crecientes brechas de inequidad en la atención según se ha constatado.

Cabe señalar que todos los grupos humanos, a lo largo de la historia, han desarrollado estrategias para atender su salud y hacer frente a las enfermedades, dando como resultado la conformación de sus propios sistemas médicos. “Desde la antropología sociocultural un sistema médico se concibe como un conjunto más o menos organizado, coherente y estratificado de agentes terapéuticos, modelos explicativos de salud-enfermedad, prácticas y tecnologías al servicio de la salud individual y colectiva. La forma en que estos elementos se organizan internamente, otorgando coherencia al sistema depende del modelo sociocultural en que se desarrolla la medicina. En consecuencia las medicinas son construcciones culturales que responden a necesidades de un entorno social específico y en los cuales es posible distinguir una dimensión conceptual y otra conductual”⁵².

Esto permite comprender cómo en las culturas indígenas amazónicas el embarazo, el parto y el puerperio son regidos por un “orden normativo con reglas de comportamiento definidas y ritualizadas, que sirven como base para la organización de la vida social de un grupo determinado. En este contexto, el parto trascienden el ámbito biológico para convertirse en fenómeno social y cultural”⁵³, que es indispensable comprender a partir de conocer las concepciones y pautas que subyacen a sus prácticas de reproducción y maternidad con fin de facilitar el diálogo

con las orientaciones y normas establecidas por las políticas públicas en salud e implementadas a través de los servicios de atención de la salud materna.

4.1. Sexualidad y reproducción como espacio de dominación

Las relaciones de género en las comunidades asháninka son marcadamente asimétricas con roles claramente diferenciados que fortalecen o limitan el poder simbólico de varones y mujeres dentro de la comunidad. El espacio público es de dominio absoluto del varón, allí se realizan las actividades que confieren prestigio en la comunidad y le permiten ejercer poder, en él se toman las decisiones sobre la administración de los recursos de la comunidad y se establecen los mecanismos de la representación y las pautas que rigen las relaciones comunales y extracomunales, entre otras actividades. Mientras que la mujer queda confinada al mundo familiar donde se ha naturalizado que el cuidado “de los otros” es su responsabilidad inherente.

La asignación de los roles de cuidado, que han sido atribuidos a las mujeres de manera casi universal: “El concepto de cuidados engloba fenómenos desde las tareas domésticas y la socialización de la nueva generación hasta la atención en el hogar a personas no autosuficientes por motivos de edad, inmadurez, discapacidad u otro; y comprende las actividades de monitoreo de los estados emocionales de los miembros de un hogar y de sus relaciones e interacciones”⁵⁴. Es central entender entonces que no es natural que las mujeres se encarguen del cuidado de los otros, sino que es una construcción cultural que refuerza la posición subordinada de las mujeres en sus espacios sociales, y como tal debe ser reinterpretada.

Desde niñas, son formadas para ser las “operadoras internas” de la familia: el cuidado de los niños más pequeños, el recojo y elaboración de los alimentos, la fabricación de cestos recolectores, el hilado de algodón y tejido de sus prendas de vestir, entre otras actividades.

4.2. Prácticas referidas a la salud sexual y reproductiva de las mujeres asháninka

Abuso, cosificación y enajenación de la menor

En un estudio realizado en un distrito de la Amazonía sobre violencia sexual, un 68% de las mujeres encuestadas indicaban que habían sido víctimas de una agresión sexual cuando eran menores de 18 años⁵⁵. Este mismo estudio constataba además la tendencia generalizada a que la violencia sexual sea perpetrada por varones del entorno cercano. En el universo de mujeres de una localidad, las niñas y las adolescentes son más vulnerables pues no han establecido aún sus redes sociales de apoyo, tienen menores opciones de desplazamiento fuera del entorno doméstico y de la comunidad y en el caso de las niñas y adolescentes asháninka, las prácticas culturales sobre su sexualidad, que responden a patrones de dominación de género contribuyen a acentuar esta vulnerabilidad.

“Y conversando con la gente que hace poco cuando fui, por ejemplo, a Otica, cuando fui por ejemplo a comunidades, las mujeres comentan también de que se cometen abusos sexuales en niños: un año, dos años, cuatro años; entonces qué pasa, y entonces como que se van recordando de la etapa que yo les estoy mencionando que se compran ¿no?, desde el vientre materno; pero en este caso ya no se dice: «Pues, sabes que te traigo alimentos», simplemente ya va con la niña y abusan ¿no?» (FM 01 RT Ent2).

Con la menarquia se abre la posibilidad de la maternidad. La menor es prontamente preparada para cumplir su rol “femenino” al interior del matrimonio y en consecuencia adquiere carácter “patrimonial” familiar. Con lo cual, transformada en objeto enajenable, es entregada a un varón adulto o adulto mayor. En esta condición “ritualizada”, la joven es aislada y preparada para cumplir su nueva función.

“La mamá ofrece a la hija al mejor postor (...) el que ofrece mejor cantidad de cazas (presas de caza), por ejemplo” (FM 01 RT Ent2).

“Una vez que ya termina el cumplimiento de esa etapa de estar encerrada y está cumpliendo todas las labores de una mujer, actividades, entonces la presentan a la comunidad asháninka, a la comunidad y la ofrecen, como quien dice: “Mira este producto ya está

lista para que pueda iniciar una vida sexual", entonces la presentan, la ven los varones, vienen ese día en la festividad; la niña tiene que repartir masato, convidar el masato, como quien dice ¿no?, ofreciéndose...cómo quien dice sortear... a ofrecer... la mamá ofrece a la hija al mejor postor" (FM 01 RT Ent2).

¿Existe adolescencia en el mundo nativo?

Las mujeres asháninka contraen matrimonio o se emparejan a edades muy tempranas. A través de este estudio se comprobó la existencia de matrimonios de niñas de 13 años con hombres mucho mayores que ellas, a veces mayores de 40 años. Como señala Del Mastro, "en diversos grupos étnicos, como algunos en América Latina y África, la maternidad adolescente es un patrón cultural"⁵⁶. En esta orientación, Dávila señala que "la adolescencia se configura en cada sociedad de acuerdo con su historia, prácticas, ritos, y no de acuerdo con una etapa prefijada como la edad o desarrollo físico"⁵⁷. En consecuencia, es necesario comprender que la adolescencia "es más una construcción cultural, con presencia de gran variedad de situaciones, dependientes de su sitio de origen y culturas"⁵⁸, que revela la existencia de "adolescencias" pero también de "no adolescencia". Esto no significa que estos posibles cursos de vida no puedan y no deban ser sometidos al escrutinio social y aun ser rechazados si atentan contra los derechos humanos fundamentales, como en el caso de los matrimonios impuestos.

Por lo tanto, cabe interrogarse en qué medida el embarazo producido al interior de una unión concertada bajo la institución matrimonial de las sociedades nativas de la Amazonía, constituye por sí mismo un embarazo adolescente. Surgen otras tantas preguntas tales como: ¿Estos matrimonios necesariamente fracturan proyectos de vida? Sánchez y Chavarría, respecto de la educación, señalan que "La categoría de ciudadanos y ciudadanas, que la cultura prevé, varía en los pueblos"³⁵. De igual manera, diferentes construcciones de ciudadanía admiten varios y no solo un modelo de proyecto de vida.

Es sin duda un asunto controversial que pone en tensión los derechos sociales y culturales del colectivo, con los derechos humanos del individuo, situación compleja

que la política de salud materna no recoge adecuadamente y que se manifiesta en que, para el 2017 la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar reporte cerca de 40% de embarazos de mujeres nativas amazónicas entre 15 y 19 años en comparación del 4.1% del promedio nacional.

“Normalmente cuando ellos se embarazaban, se embarazaban así, nosotros nos daban curso para hacernos entender que el embarazo precoz (...) en niñas, es malo; era duro entenderlo eso (...) porque es un cambio que nos ha hecho bruscamente ¿no?, el Gobierno, sin hacernos entender de nuestras costumbres ¿no?” (Entrevista, DC 01PO).

Una condición diferente y quizá mucho más compleja y acuciante es el embarazo fuera del matrimonio y usualmente en total abandono. Este se produce generalmente cuando la menor deja su comunidad por razones de estudio o en busca de trabajo, ya al margen de las “regulaciones comunales” realiza su actividad sexual carente de todo soporte emocional y social, esto sucede a menudo en albergues para estudiantes o en lugares de trabajo y comúnmente devienen en embarazos no deseados. Por lo general, la pareja casual evade afrontar la “responsabilidad” y abandona a la menor. Esta situación fractura el más modesto proyecto de vida que la joven pretendía construir para insertarse en la cultura occidental y ocasiona el abandono de los estudios y a menudo al castigo y abandono de su familia.

“Cuando me embaracé, ahí dejé mi estudio” (G02 PO).

“Se han burlado mis compañeros de mi embarazo” (G 05 PO).

“Porque salí embarazada. (...) Si iba... me ha dado vergüenza pues” (G06 PO).

“No había apoyo de mi papá. A veces no había para útiles, para uniforme, zapatos rotos...” (G11 PO).

Matrimonio: significado social en la cultura asháninka

El matrimonio o “emparejamiento” constituye el umbral que da paso a la adultez en varones y mujeres, cumple la función de preservación de la etnia, es también una

estrategia de mantención o mejora de status económico o social de la familia ya que posibilita la unión de grupos familiares y fortalecer redes sociales de apoyo e intercambio. A su vez, las comunidades exigen que los cargos de representación recaigan sobre los varones que hayan constituido familia. De igual manera, las mujeres casadas gozan de un status superior con respecto a las otras mujeres de su comunidad.

La “uniones” entre indígenas y mestizos usualmente no son bien vistas ya que estos últimos no realizan el “servicio a la familia de la esposa” que opera como una suerte de pago de dote que reviste carácter obligatorio, pero además este tipo de unión obligaría a las autoridades comunales a ceder tierras a la nueva pareja, entregando parte del patrimonio comunal a personas ajenas a la comunidad, decisión que atentaría contra la política comunal de no ceder las tierras de la comunidad asháninka a los colonos o “*choris*”, considerados ajenos a la comunidad.

4.3. El embarazo

El embarazo y el parto son procesos biológicos que sin embargo, responden a los condicionamientos de cada cultura, según se mencionó previamente. Por consiguiente, se desarrolla un sistema de conocimientos y prácticas de atención en asociación y respeto por la naturaleza. “Infringir las normas establecidas culturalmente conlleva a la enfermedad y la muerte. Es así que durante el proceso del embarazo la mujer tiene que someterse a una serie de condicionamientos a fin de llegar con éxito al parto”⁵³

Alrededor del embarazo, el parto y después del parto se construyen símbolos, rituales y creencias que reflejan la relación que se establece entre la mujer, la vida y el ambiente. El embarazo es un evento social de importancia que incide en el posicionamiento de la mujer en su comunidad. “El embarazo es un suceso que marca la vida de la mujer asháninka, pues deja de ser *ewankawoy* pasa a ser *antaotake*, es decir, ya está preparada para ser madre”⁵⁹.

Las comunidades institucionalizan las prácticas, prohibiciones, para asegurar el bienestar de las mujeres y los niños o niñas por nacer. Estas prácticas se realizan estrictamente en el espacio familiar y comunal y evitan sean del conocimiento de personas ajenas a la comunidad, como por ejemplo, el personal de salud, por temor a ser sancionadas o cuestionadas.

La alimentación durante el embarazo

La alimentación durante el embarazo tendrá serias implicancias sobre el curso del embarazo y sobre las condiciones del recién nacido. “Las pobladoras refieren que durante los primeros seis meses del embarazo la madre se tiene que cuidar, es decir, tiene que dietar porque se puede “*cutipar*”, cuando transgrede esta norma la mujer se enferma, por tanto, tiene que recurrir a la partera o al vegetalista para que la trate de este mal”⁵³.

La *cutipa* es una amenaza que afecta al recién nacido y puede producirle daño u ocasionarle la muerte. Las mujeres embarazadas la transmiten al feto mediante la alimentación y si el niño ya nació, puede ser adquirido mirando, tocando, escuchando (animales/objetos) o ingiriendo alimentos indebidos. Este mal requiere la intervención del curandero o una persona de la comunidad que sepa curarla.

“No tienes que comer porque tu bebé se puede cutipar, y pues se va a enfermar, no vas a saber qué le ha pasado” (G09 PO).

(Cuando se cutipa) “El bebé se asusta, él en su sueño ve también lo que hemos comido, él se asusta y de ahí se enferma” (G09 PO).

“No podemos comer el venado, la doncella” (G 09 PO).

“Tampoco podemos comer la avispa, porque si comes el bebé va a ser mañoso me decían” (G 09 PO).

Durante el embarazo, la gestante observa las prohibiciones culturales y evita el consumo de frutas tales como aguaje, yarina, pan del árbol, ungurawi y otras, que de acuerdo a la creencia asháninka, pueden afectar el desarrollo del feto o producir dificultades en el parto. Por otro lado, no existen reglas que impidan el desarrollo

de ciertas tareas domésticas que podrían afectar su estado, como el traslado de productos pesados o la limpieza de la chacra, por ejemplo⁶⁰.

Asimismo, alimentarse con carnes de monte (carnes de animales no domésticos) trae riesgos para las gestantes: “... durante los primeros meses de embarazo las mujeres se cuidan de la *mipa*. Le llaman *mipa* al encantamiento o susto producido por seres de la naturaleza como los animales del monte, los cerros, está vinculado a la especial relación las comunidades con el ambiente. La *mipa* puede producir dificultades durante el parto, como retención placentaria”⁶¹.

“Carne de vaca, de pollo, pescado también, pero (carne) del monte no” (G11 PO).

(Si comen carne del monte) “A veces enferman, lloran toda la noche, no nos dejan dormir. Se asusta, ardillas tampoco hasta que cumpla un mes o sino dos meses recién comemos. Así nosotros hacemos” (G11 PO).

“Yo no comía nada, un poco... ni nada de sal nomás, alimentos. Coco y plátano yo comía, frutas blancas. Lo que más me gustaba cuando estuve embarazada era el mango” (G02 PO).

Estas prohibiciones pueden tener serias repercusiones en la salud de las gestantes, pues si siguen la dieta rigurosamente y no se proveen de fuentes de proteína animal, pueden agravarse sus problemas de anemia y desnutrición.

“Yo no comía nada, un poco... ni nada de sal nomás, alimentos. (Coco) y plátano yo comía, frutas blancas. Lo que más me gustaba cuando estuve embarazada era el mango” (G02 PO).

“Yo no comía ni, ni azúcar, porque dice mi abuela que la sal te acaba tu diente. Cuando tenía un mes, dos meses ya...” (G02 PO).

Las dietas estrictas responden también a la preocupación de aminorar el riesgo de complicaciones en el parto, por lo que se busca reducir el crecimiento fetal durante los últimos meses de gestación. “Asimismo, en el noveno mes de gestación la madre de manera permanente es tratada con *atsarentsiwenki*, planta con poder curativo que regula la normalidad del embarazo y del parto, incluso el dolor del

alumbramiento lo neutraliza, permitiendo así a la madre dar a luz sola sin la intervención de sus familiares”⁶⁰.

Complicaciones durante el embarazo y parto

Las mujeres embarazadas, especialmente las mujeres primerizas o aquellas que tienen complicaciones o dolores durante el embarazo (posición transversa, por ejemplo), acuden a alguna mujer de la familia con experiencia.

“(El bebé) Estaba atravesado, su cabecita acá, me dolía. Cuando tenía cinco meses. Me han arreglado y ya no me dolía, así con mentol me han sobado, me han sacudido también” (G 02 PO)

Si es que la familiar o partera no logra resolver el problema solicitan la presencia del personal de salud quien acude a la vivienda de la gestante, en cualquier caso deberá ser cuidadoso de no tocar ni ver los genitales de la gestante. Ante una complicación del parto éste opta por la referencia hacia el Centro de Salud de Puerto Ocopa o el Hospital de Satipo. A menudo, las autoridades comunales organizan el traslado de la parturienta.



Mujeres asháninka

4.4. El parto

La madre, en la cultura asháninka, es fuente de conocimientos e información sobre sexualidad y reproducción, principalmente sobre el embarazo y parto. Es parte de su responsabilidad enseñar a sus hijas lo referente al cuidado en el embarazo, parto y post parto: alimentos, cuidados, “como dar a luz” cuando visitar a la partera, etc. “El parto en casa es un momento en que participa la familia directa o indirectamente; por lo tanto, la experiencia de las mujeres adultas constituye el pilar principal de apoyo. En las redes sociales del presente estudio, la experiencia, los consejos y la asesoría sobre el parto y los cuidados del recién nacido convierten a la madre y a la suegra en influencias y tomadoras de decisión. Igualmente, los vínculos de la madre y suegra (los *subalteris* de este *alteri*) reconfiguran la red social de la mujer embarazada. Ellas (en particular, la madre) son quienes en un primer parto identifican y conectan a los actores de la red: ellas recomiendan a cuál partera buscar y también recomiendan (o no) asistencia a los centros de salud”⁶².

Los eventos del proceso reproductivo tejen relaciones significativas y trascendentes entre familias, se establecen vínculos de solidaridad y cooperación entre las mujeres de “grupos familiares”: abuelas, madres, hijas y nietas. Es probablemente la etapa en que la mujer tiene mayor soporte social y cuidado de su salud.

Cuando nace el niño se corta el cordón umbilical, esto lo hace la persona que acompaña el parto o ella misma. Después de dar a luz, el niño y la madre descansan más o menos siete días. Ella no se levanta de la cama para prevenir la recaída, estos periodos pueden prolongarse hasta un mes en el caso del niño.

Durante el proceso del parto es frecuente la ingesta de infusiones de plantas medicinales que al parecer tienen efecto oxitócico acelerando el proceso de parto. La de mayor uso es el *Piripiri* (ivenki en idioma asháninka).

“Antes de ir a la posta (he tomado el Piripiri. Estando allá ya no” (G02 PO).

“Si (he tomado Piripiri), por eso (el bebé) ha salido. Si no hubiera tomado ya se habría muerto ya el bebé” (G 04 PO).

“(He tomado hierbitas) cuando he dado a luz, Piripiri y malva. Cuando me han dicho pe, la doctora te mira y te dice: falta un poco... ahí” (G06 PO).

La *vaporación* es un ritual de curación asociado al parto, pues se considera que para dar a luz todo el cuerpo debe estar caliente. Se utiliza el vapor que se obtiene de la ebullición de plantas en agua calentada con piedras calientes. Esta práctica es realizada por un agente de salud tradicional: la vaporadora.

“Mi tía me ha vaporeado. Además, el bebé cuando ya iba a dar a luz su cabeza estaba acá y su pie estaba inclinado, mi tía me ha sobado y me ha arreglado y el bebé ya normal ya está” (G 09 PO).



Realizando el acto de vaporación en la comunidad nativa de San Miguel de Otica.

Algunas mujeres asháninka ante la inminencia del parto se internan en la floresta (el monte, la chacra) para parir a solas, siguiendo la tradición de sus antepasados, a manera de proteger al recién nacido del ruido perturbador. “En el monte se protegen de ser escuchadas por otras personas porque muchas veces sus casas no tienen paredes. Todas dan a luz con su *cushma* puesta (traje tradicional de las comunidades nativas. Consiste en una bata marrón larga hecha por ellos mismos). Preparan dos *cushmas*: una para dar a luz y otra para cambiarse después del parto. Las protege del frío y de la vergüenza de sentirse desnudas frente a sus familiares”⁶¹.

“(...) no, solitas mayormente, y la familia está esperando alrededor; si escucha el bebé para que le dé, y se vaya a bañar, le en sus hojas, para que se bañen, previo su Piripiri, sus hierbas que les dan...” (PS 01 PO).

La placenta es motivo de cuidado especial, es enterrada por la parturienta o sus familiares debajo del árbol de plátano o la palmera, por lo general se busca un árbol grande y frondoso, con ello el niño crecerá grande alto y fuerte.

“Su placenta salió acá (en la casa), lo han enterrado acá” (G05 PO).

“(La placenta) demoró un poco, sí salió (...) me la han entregado” (G 06PO).

“Si, yo la he enterrado. Yo tengo mi lote también, yo lo entierro con coco” (G 08 PO).

En las comunidades con menos contacto con la cultura occidental, es el caso de Otica, exhibir los genitales durante el parto es motivo de mucha vergüenza, por ello prefieren dar a luz en sus domicilios y evitar la presencia del personal de salud. En Otica, prácticamente todas las gestantes dan a luz en sus viviendas rodeadas de amplio soporte social y se enorgullecen de ello *“yo pertenezco a la cultura asháninka y doy a luz en mi vivienda”*.

La partería.

Existen sustentadas dudas si la partería es una institución genuina de las poblaciones indígenas de la Amazonía o si fue introducida por la cultura hispana durante la colonia⁶³. Se conoce que la mayoría de parteras de las comunidades indígenas de la zona de estudio fueron convocadas para ser capacitadas y dotadas de insumos para la atención del parto, por organismos no gubernamentales, tres o cuatro décadas atrás.

La relación que establece el personal de salud con las parteras por lo general es de respeto aun distante. Cuando la partera interviene, brinda acompañamiento y soporte emocional a la gestante y le administra infusiones de *piripiri*. No es inusual que por conflictos personales o intracomunales se acuse a las parteras de practicar

la brujería. Durante el estudio se tomó conocimiento que en la comunidad de Otica, una partera fue acusada de “hacer daño” a una mujer convirtiéndola en infértil y la comunidad la sancionó retirándola del ejercicio de la partería.

4.5. Resistencias y cambios, dentro y fuera

La creciente incorporación de niños y niñas a la escuela pública está generando un nuevo referente cultural que va rompiendo con las tradiciones en la sociedad asháninka, como el caso del matrimonio, cuyos cánones son resistidos.

“La ofrecen prácticamente, pero después en el transcurso del tiempo, los padres ya..., a veces las niñas no aceptan ¿no? Dice la niña: “No quiero esta pareja, no me gusta”; es ahí donde se rebela la niña... y busca al gusto de ella (...) ahí ya viene el rechazo del papá” (FM 01 RT – Ent2)

“Mi mamá me dijo: El día que yo muera nunca te quedes en la comunidad, porque el día que tú te quedes, tú papá te va a entregar a tu marido (...) quizás, en todo caso es mejor que te vayas a la ciudad, estudia, hazte profesional” (FM 01 RT – Ent2)

Sin embargo, estos cuestionamientos son una oportunidad para promover diálogos al interior de la comunidad. Anderson alerta sobre el peligro que tiene ver a las mujeres de cualquier sociedad como “contenedores de costumbres”: “Ubicarlas en casilleros con etiquetas culturales previamente establecidas impide escuchar narrativas de situaciones y circunstancias únicas, reflejos en cada caso de «su vida y no la de otra». Reconocer a cada mujer como agente moral implica superar visiones mitificadas de la cultura como un ente que existe fuera de las personas”⁵⁴.

De otro lado, van emergiendo nuevas formas de acercamiento y valoración de los servicios de salud principalmente en mujeres jóvenes que han tenido contacto con la cultura occidental y han recibido atención de salud en las ciudades. Se precisa propiciar un encuentro entre dos concepciones diametralmente opuestas del embarazo y el parto que se ponen en juego y que enfrentan a las mujeres asháninka parturientas y su entorno y el personal de salud. “El parto en casa considera al embarazo y parto como procesos biológicos y normales para la reproducción

familiar, en cuyo contexto se priorizan las relaciones familiares. En cambio, el modelo biomédico considera el embarazo como un potencial “problema” de salud del individuo, subestimando la importancia de los aspectos sociales”⁶¹.

Implicancias para la atención de la salud materna

El diálogo intercultural, sustento de la atención intercultural, exige conocer al otro en su complejidad, como portador de particulares concepciones, creencias y constructor de sus propios relatos usualmente ajenos al pensamiento occidental, exige establecer relaciones que, reconociendo lo diferente y lo análogo, pongan el énfasis en la igualdad que incluye. Se trata de reconocer al otro como un “otra vez yo”, no solamente como un “no yo”⁶⁴.

La política y normas emanadas por el Ministerio de Salud respecto de la salud materna con frecuencia colisionan con la compleja realidad del mundo nativo amazónico. Predomina aun la tradición de estandarizar y homogenizar allá donde lo heterogéneo y diverso prevalece. Los intentos por implementar el enfoque intercultural se realiza creando instrumentos de carácter accesorio, usualmente válidos “para los otros” no “para nosotros”, con el riesgo de acentuar la discriminación, antes que de atenuarla.

Se requiere dedicar mayores esfuerzos en la formación del personal de salud, destinados a mejorar el reconocimiento y comprensión del otro, más aun si este otro sufre una histórica postergación debido a su condición social, económica, étnico-cultural y de género. Los cambios normativos y tecnológicos, siendo necesarios, deberán acompañar estos esfuerzos y no al contrario.

5. Acceso a la atención a la salud materna en comunidades asháninka de Río Tambo

Los logros alcanzados a nivel nacional por la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva (ESSR) en la atención de la salud materna encuentran un escollo significativo en el mundo nativo amazónico, según se constató. En esta realidad subsisten marcados obstáculos de acceso a la atención de mujeres nativas que cobran mayor notoriedad durante la gestación y parto configurando en la práctica una condición de exclusión sanitaria. En este capítulo se pretende analizar esta situación a partir de la particular situación la población asháninka afincada en la cuenca del río Tambo.

Existe una antigua ambigüedad en el uso del término accesibilidad que lo convierte en polisémico, esto es, múltiples interpretaciones y usos⁶⁵. En este estudio se concibe como “la propiedad ya sea de los recursos para la atención a la salud o de la población de usuarios potenciales de los servicios”⁶⁶. Es una condición relacional entre la oferta de servicios de salud y la necesidad de atención de la población transformada en demanda. A su vez, se señalan varias tipologías de accesibilidad aunque para efectos del estudio se optó por aquella que enfatiza en dimensiones de la accesibilidad: geográfica, económica, cultural y organizacional; ya que permite un abordaje analítico de la misma⁶⁷.

El proceso de atención en la gestante asháninka se produce en un contexto de progresiva legitimación de la atención de la salud materna como parte del proceso transformación de la sociedad asháninka ocurrido durante las últimas cuatro décadas. El reconocimiento de necesidad de atención parece ser la resultante de la tensión entre fuerzas inductoras de una “racionalidad” moderna en la atención de la salud que operan a través del personal de salud, las dirigencias comunales colaboradoras de los servicios de salud, el mayor acceso a la educación, transporte y medios de comunicación.

A la par, actúan fuerzas disuasivas que aboga por la “naturalización”^l del proceso reproductivo y promueven la atención del parto en apego a su comportamiento ancestral, rechazando su transformación en un “hecho clínico”, lo que dificulta que las parturientas lo experimenten como parte integral de su vida^{68,69}. Estas fuerzas actúan a través de la familia de la gestante y redes sociales primarias. Adicionalmente, experiencias previas de atención de la mujer o la información que obtiene sobre costos y el trato recibido puede abonar en uno u otro sentido⁷⁰. Producto de esta tensión se establece o no, el deseo de atención que da paso a la búsqueda de atención concebida como un complejo proceso por sortear un conjunto de obstáculos en camino a alcanzar un establecimiento de salud y recibir la atención pertinente a su necesidad⁶⁶. Este proceso se complica mucho más si se trata de arribar a un establecimiento que cuente con capacidad resolutive para la atención del parto.

La mayor parte de estudios sobre acceso a la atención de salud esta referidos a Norteamérica⁷¹, se conoce aún menos sobre la salud y acceso en poblaciones indígenas de la amazonia peruana^{72,73} y especialmente si se trata el acceso a la atención de la salud materna por parte de mujeres gestantes.

Un abordaje integral exigen reconocer la crítica situación que atraviesa es mundo nativo amazónico producto de la desestructuración de su economía de subsistencia y patrones de vida armónicos con el ambiente, debido a la creciente penetración de las relaciones de mercado que usualmente acompañan al modelo extractivista depredador de recursos que constituyen la base de su modo de vida^{74,75}. Como ya se señaló los pueblos indígenas amazónicos son arrastrados por cambios de los que usualmente no participan que ofrecen mejorar sus condiciones de vida y que a la postre desencadenan frustraciones ante la ausencia de propuestas de desarrollo socialmente incluyentes, ecológicamente y económicamente sustentables⁷⁶.

Este complejo contexto exige repensar el acceso a la atención, más aun si se trata de la salud materna. Los primeros obstáculos surgen por el temor a la atención de

^lEl proceso reproductivo primariamente no está medicalizado en la tradición asháninka

su maternidad donde, según se mencionó, operan fuerzas de diferente sentido y que en el mejor de los casos puede dar inicio de una “carrera de obstáculos” que deberá sortear la gestante y su familia para lograr la atención.

5.1. Accesibilidad geográfica

Las comunidades indígenas amazónicas están distribuidas en 520 comunidades a nivel nacional². El distrito de Río Tambo de provincia de Satipo, cuya población es básicamente indígena amazónica registra 26,036 habitantes¹, organizada en 78 comunidades y 11 anexos o caseríos. Las comunidades del distrito son ribereñas a cuatro cuencas fluviales, de las cuales 33 están localizados en la cuenca del río Tambo. En suma, son grupos poblacionales pequeños y dispersos.

El transporte fluvial amazónico es restringido por su escasa demanda, altos costos de operación y mínimas medidas de seguridad que lo convierte en uno de los servicios más onerosos, infrecuentes e inseguros del país. La Tabla N° 2 da cuenta del tiempo-distancia y costos mínimos de transporte hacia el CS de Puerto Ocopa de las comunidades ubicadas a la ribera del río Tambo.



Movilidad fluvial a través de río Tambo

La atención prenatal de estas poblaciones es provista por 13 establecimientos de salud. Estos son los establecimientos mejor dotados de total de 32 establecimientos

de salud que conforman la Microrred de Puerto Ocopa, pero aun así muy limitados en su capacidad de atender la salud materna.

“Entonces nuestra capacidad de respuesta, nuestros establecimientos de salud en esa zona no están preparados; prácticamente todos esos partos, de toda esa zona, tienen que salir, tendrían que salir a Puerto Ocopa. Y ahí ya hablamos un poco de la geografía que mencionaba ella, de los medios de comunicación que vienen a ser la otra parte”
(FS 01 JU-Ent2)

Tabla N°2: TIEMPO DISTANCIA DESDE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (SIN CAPACIDAD RESOLUTIVA PARA LA ATENCIÓN DE PARTOS) AL CENTRO DE SALUD DE PUERTO OCOPA			
Establecimiento de Salud	Tiempo-distancia(horas)	Medio de transporte	Costo aprox. de transporte(PEN)
Ps. Los Ángeles de Shima	8.00	Fluvial/terrestre	70
Ps. Boca Chembo	7.00	Fluvial	70
Ps. Impaniquiari	6.00	Fluvial	70
Ps. Santa Rosita de Shirintiari	6.00	Fluvial	60
Ps. Shevoja	5.30	Fluvial	60
Cs. Betania	5.30	Fluvial	60
Ps. Capitiri	5.00	Fluvial	50
Ps. San Francisco de Cushireni	4.30	Fluvial	45
Cs. Poyeni	4.00	Fluvial	40
Cs. Ovirí	3.30	Fluvial	30
Cs. San Miguel de Otica	3.00	Fluvial	30

Fuente: Gerencia de Pueblo Indígenas Amazónicos - Municipalidad de Río Tambo

Adicionalmente, el traslado y la posterior referencia de gestantes en este ámbito es un evento socialmente complejo. Usualmente acompañan a la gestante uno o más miembros de su familia, produciéndose a menudo el abandono de los hijos menores. Finalmente, si la gestante y sus acompañantes arriban al centro poblado donde se ubica el establecimiento de salud capaz de atender el parto, es posible que este lugar les sea extraño y aun hostil.

“Debido a las distancias, tenemos una gestante a 8, 13 horas de camino, no puede llegar ella al establecimiento de salud, ni el personal puede llegar a la comunidad en que se encuentra la gestante”. Muchas veces son atendidas por las parteras tradicionales, o simplemente por la mamá que tiene algo de conocimiento para poder atender el parto” (FM 01 RT-Ent1).

“...comunidad asháninka bastante dispersa, con una geografía bastante complicada, razón por la cual el tema de salud es bastante inaccesible para ellos... el Estado no se está llegando a cada uno de ellos. “Existe un gran abismo, no se está llegando a ellos como en cualquier otro lugar en una ciudad. ... el Gobierno Local, la Red de Salud, los establecimientos de salud, hacen el esfuerzo, pero no se llega” (FM 01 RT-Ent1)

Existen loables esfuerzos del personal de salud por superar esta barrera de acceso conformando equipos que visitan anexos y comunidades aledañas, pero estos son cada vez menos frecuentes debido a la escasez de personal, los riesgos físicos y sociales del desplazamiento y la ausencia de reales incentivos que compensen este esfuerzo. Estas insuficiencias se incrementan cuando deben acompañar el traslado de gestantes en situación de riesgo o ante una urgencia obstétrica.

Sin duda que la ecología amazónica determina algunas de las más importantes barreras de acceso: grandes distancias que demandan mucho tiempo salvarlas, movilización básicamente fluvial, inadecuados medios de transporte, riesgos naturales y sociales del desplazamiento, abandono muchas veces prolongado de su hábitat y actividades económicas. Son condiciones que atraviesa la gestante y su familia, pero también, con sus particularidades, el personal de salud que visita las comunidades. No obstante, tras la mayor parte de estas barreras subyace el bajo nivel de desarrollo del pueblo asháninka y la pobreza de su población que restringe seriamente sus grados de libertad para optar por una atención materna diferente a la tradicional.

Estas condiciones se acentúan debido a la débil presencia del Estado que en el mejor de los casos implementa un conjunto de políticas sociales de corte asistencial, de carácter residual que no construye desarrollo ni ciudadanía. Sus

manifestaciones son: deficiente escuela pública y baja cobertura, pertinencia cultural y calidad de atención. En síntesis, una compleja problemática que tiene su origen en la histórica actitud de la sociedad y Estado peruanos de invisibilizar la realidad del mundo amazónico.^m

5.2. Accesibilidad económica

El pueblo asháninka es tradicionalmente cazador-recolector para el autoconsumo y el intercambio vía trueque sin pretensiones de acumulación. La introducción del mercado induce la adquisición de ciertos bienes y servicios que difícilmente puede ser adquiridos por sus condiciones de pobreza, muchas veces extrema, entre ellos están los bienes o servicios vinculados a la atención de la gestación y parto, el transporte fluvial de si costoso. Adicionalmente, se genera una cadena de gastos encubiertos: transporte, alimentación, alojamiento de los acompañantes, ropa adecuada para la gestante y el recién nacido, entre otros.

Estos gastos se inician con la atención prenatal si la gestante vive alejada del establecimiento de salud, pero se tornan críticos en la búsqueda de atención institucional del parto y más aún si el embarazo o el parto se complican y se presenta una emergencia obstétrica, tal como concluye el documento Salud de la Comunidades Nativas: Un reto para el Estado, elaborado por la Defensoría del Pueblo⁷⁷. Cabe añadir que las comunidades a través de sus órganos dirigenciales a menudo participan solidariamente en el traslado de las emergencias obstétricas pero con las restricciones propias de los escasos recursos colectivos que administran.

SIS y Juntos: programas para sortear la barrera económica o incentivar el acceso

El seguro público (SIS) surge como mecanismo superar la barrera económica a través de la atención gratuita del embarazo, parto, puerperio y la atención del

^mComo reconoció la entonces ministra del MIDIS a afirmar que la Estrategia de Acción Social con Sostenibilidad, “permitirá dejar una política pública del Perú para que nunca más la amazonía sea invisible”(Publicado en Andina, 15/5/2016)

recién nacido, incluyendo el traslado de la gestante desde su domicilio hasta el establecimiento de salud y su estadía y alimentación en las Casas Maternas⁹.

Estos alojamientos son parte de la estrategia de aminoración de las barreras geográfica y económica para la atención del parto y han probado ser eficaz en el mundo andino, al atenuar las distancias sobre todo en condiciones de pobreza. Lamentablemente, no parece suceder lo mismo en las comunidades amazónicas. Posiblemente sean percibidas como espacios que medicalizan y hospitalizan el parto.

Durante el estudio se constató que la casa materna ubicada en los ambientes del C.S. de Puerto Ocopa era utilizada como almacén, se nos informó que lo mismo sucedía con otras experiencias. Según el Censo Nacional de Comunidades Nativas Amazónicas, el 100% de las familias asháninka de las comunidades localizadas en Satipo están cubiertas por el SIS.

“El Seguro nos reembolsa por todas la actividades que nosotros hacemos, y hay que aprovechar eso. Si nosotros aprovecháramos todas las actividades que se hace un paciente que llega el SIS te va reembolsar todito mientras nosotros pongamos en el formato de atención todas las actividades, o el procedimiento que se hace el Seguro te va reembolsar todito.” (FS 01 HMH)

Sin embargo, establecimientos de salud de áreas rurales adolecen con mayor intensidad de problemas de reembolso de sus prestaciones motivados por el deficiente llenado de los formatos respectivos (FUA), por diferentes razones. Este problema los coloca a menudo borde del colapso operativo.

“(…) hay personal, licenciadas, que dicen: «Yo no trabajo para el SIS»; no es que tú trabajas para el SIS, tú trabajas para el Estado, tú trabajas para la población, tú estás para servir a la población, ¿me entiendes?” (FS 01 HMH)

⁹alojamiento o posada temporal de las mujeres gestantes y algún acompañante que ellas decidan (hijo, pareja, otros familiares y/ partera (MINSA, 2010)



Inscripción de la población de Poyeni en el SIS

Desde 2005 opera en el país el Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres (JUNTOS) destinado a otorgar un subsidio de 100 PEN mensuales a familias con hijos en etapa escolar y madres gestantes, en este último caso para a fin de incentivar la atención prenatal. De acuerdo a información del Censo Nacional de Comunidades Nativas, el 87.1% de la comunidades nativas del distrito de Río Tambo acceden al Programa JUNTOS.

El personal de salud señala que las condicionalidades de Juntos, si bien incrementan su trabajo, les permite captar a gestantes.

Respecto del Programa JUNTOS... "Claro, como les pagan, entonces como que obligatoriamente, como que ya es una responsabilidad de ellas, entonces ya vienen; vienen a decirte: "Estoy embarazada señorita y quiero hacerme mi control."(PS 01 PO)

Un estudio que evalúa el impacto de Programa Junto respecto la atención prenatal encontró magros resultados cuando las mujeres beneficiarias no eran hispanohablantes⁷⁸. Este hallazgo puede deberse en parte a la baja eficacia y calidad de atención que se brinda a las comunidades indígenas. A su vez, otro estudio realizado para analizar las relaciones entre los pueblos indígenas y los programas de transferencias condicionadas reportó haber recogido quejas de discriminación, mal trato y atención superficial en los establecimientos de salud⁷⁹.

5.3. Accesibilidad cultural

Existen novedosas aproximaciones teóricas y prácticas sobre interculturalidad⁸⁰ y, específicamente en salud hay importantes aportes latinoamericanos al respecto^{52,81}. En el Perú, se aprobó la Política Sectorial de Salud Intercultural en 2016, un análisis inicial de la política formulada afirma que las decisiones públicas que la conforman “no siguen un mismo enfoque y están poco articuladas, incluso, se podría argumentar que no guardan coherencia entre ellas”⁸². Pero además se cuestiona la poca claridad que se tiene sobre el rol de los pueblos indígenas en el diseño de la política en tanto asunto que les compete directamente.

De otro lado, pese a múltiples intentos de sometimiento, desestructuración y violencia sobre el pueblo asháninka este resistió³⁵. Su sola presencia, al igual que el conjunto de mundo indígena amazónico y andino, desafía la concepción monocultural y etnocéntrica, que hegemoniza el pensamiento occidental y se expresa, entre otros, en la organización del estado-nación y la formulación monocorde de la política pública en salud, poco dispuesta a reconocer la complejidad que acarrea la diversidad en sus múltiples manifestaciones, entre ellas la cultural.

En el estudio se constató que la matriz cultural asháninka en el campo de la salud es aún bastante sólida. Los proveedores de atención señalan sus insuficiencias para comprenderla y establecer relaciones armónicas y de diálogo con concepciones, creencias, símbolos y ritos que les son ajenos.

“(...) dentro de lo que es, la obstetricia, o el servicio mismo que brindamos acá en el establecimiento, de todas maneras encontramos muchas limitaciones... la gran mayoría acá venimos fuera, y también lo que es otra vivencia, tanto de nosotros como de la población misma ¿no es cierto?, porque de repente hemos estado acostumbrado a otras costumbres, y cuando uno llega a esto, para adaptarse es un poco más difícil...”. (PS 02 PO)

Esto se acentúa por las enormes asimetrías de poder entre gestantes y proveedores de atención y su ejercicio a menudo autoritario, condición grandemente exacerbada por la barrera lingüística.

(Respecto al idioma) “Eso es lo que limita. También en el Centro de Salud Puerto Ocopa, eso también limita, porque lo que le está atendiendo el profesional no sabe el idioma asháninka” (PS 01 OTICA)

Sin embargo de fondo subyace la discriminación étnica, racial y cultural, usualmente encubierta o disimulada pero manifiesta en la desvaloración del saber tradicional de base empírica, peor aún si es de carácter mágico-mítico al que consideran como superchería.

Del embarazo de mi hijita (el primero) no me han dicho nada. Me han atendido bien en la posta. Pero algunas señoras te dicen... tenía una amiga que también tuvo seguidito, tres bebés seguidos, la obstetriz le ha dicho: ¿tanto bebé has tenido? Hay una viejita pues la obstetriz dice...” (G 03 PO)

Cabe tener presente al machismo acendrado en las comunidades tradicionales que se constituye también en importante barrera al acceso. Como se señaló anteriormente, con el matrimonio o emparejamiento el varón toma control de la sexualidad de “su mujer”, ella pierde capacidad de decisión sobre su vida sexual y reproductiva.

“Es más que nada su cultura de ellos, su forma de pensar, y el machismo en si del esposo y de los miembros de la familia. Así dicen... «Sí mi mamá ha dado a luz en casa, ha dado a luz digamos a 8 a 10 hijos en casa, ella ¿porque no puede dar?, ella es joven»; entonces ella tiene que dar en casa” (PS 01 PO)

Se trata de manifestaciones de la marcada inequidad de género que subsisten en nuestra sociedad y que se hace más notoria en las comunidades tradicionales, junto a ello la débil conciencia y ejercicio de ciudadanía en general y específicamente en salud. El Ministerio de Salud pretendió abordar esta situación mediante la aprobación de una norma que busca la transversalización de los enfoques de

derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en la atención⁸³, sin embargo, los avances en su implementación son discutibles.

Asimismo, en las comunidades menos relacionadas con la cultura occidental se mantiene la concepción de que el momento del parto es privativo de la mujer y antes de buscar atención entre los suyos opta por alejarse de la vivienda para parir sola. Aun en las gestantes que demandan por atención prenatal llegado el parto no acude al establecimiento de salud.

“...hay algunas mujeres que se hacen sus controles... les persigues, igual vienen, Pero hay un momento cuando ya están cerca al parto ellas mismas se van al monte; se van, y agarran de repente los árboles de los cocos, de los bambús, y donde hay se agarran y dan a luz solitas en casa, o en la chacra ¿no?, dónde están solas”. (PS 01 PO)

Este conjunto de factores finalmente se manifiestan en la mutua desconfianza entre las gestantes y el personal de salud, y a veces dan lugar a comportamientos hostiles por parte de algunas usuarias, quizá en actitud defensiva. Todo esto restringe las posibilidades de diálogo entre mundos culturales.

“Antes, cuando yo empecé a trabajar acá para mí era bien dificultoso... tratar de comunicarme con ellos, que me den la confianza que yo las pueda tocar, porque ellas llegaban en un momento, entraban a la atención, agarraban su tarjeta y te la tiraban a la mesa, y como que una está acostumbrada, y dije: ¿Por qué me maltratan así?, ¡Aja!, Qué está pasando, o no le caigo nada bien, o no sé pues ¿no?...” (PS 01 PO)

Adicionalmente, se constató que los tres establecimientos visitados contaba con los aditamentos necesarios (banco, y cuerdas de soporte) para la atención vertical del parto, según las normas vigentes⁸⁴. Para 2016, el reporte de la ESSR señala que en los CS de Puerto Ocopa y Poyeni y PS de Otica, el 22%,51% y 100% de gestantes respectivamente, optó por esta posición de parto.

Concluyendo, es notoria la poca disposición de nuestra sociedad para reconocer y conocer a quienes responden a cosmovisiones diferentes, expresadas en

concepciones, creencias, símbolos y ritos ajenos al mundo occidental, más aún si se construyen imaginarios que anteponen las diferencias e imposibilitan la comunicación y obviamente el diálogo.

El diálogo intercultural, sustento de la atención intercultural, exige reconocer al otro en su complejidad, como portador de particulares concepciones, creencias y constructor de sus propios relatos usualmente ajenos al pensamiento occidental. Es entonces que cobra sentido la normatividad construida por el MINSA para implementar el enfoque intercultural^{83,84,85,86}. De lo contrario, las normas quedarían en prescripciones vacías de significado que tan solo operativizan el uso de ciertas tecnologías. Primariamente, se requiere de esfuerzos por lograr cambios culturales en el personal de salud, los aspectos normativos y tecnológicos deberán acompañar estos esfuerzos y no al contrario.

5.4. Accesibilidad Organizacional

La respuesta institucional para atender la salud materna de la gestante asháninka es deficiente. Formalmente no existe disponibilidad de servicios para la atención de parto en toda la cuenca de Río Tambo, ya que, según norma, ninguno de sus establecimientos está capacitado para atender partos y solo tres de ellos (categorizados como Centros de Salud, I-3) reunirían condiciones mínimas para brindar esta atención siempre que estén frente a un “parto inminente”, con el agravante el personal profesional asignados en dos de estos establecimientos está en condición de contratado o realizando su servicio civil (SERUM), por lo tanto no existe garantía de permanencia en el servicio, en consecuencia su capacidad resolutive no es estable.

Esta condición normativa obliga a ocultar la atención regular del parto normal tras la figura del parto inminente con lo cual se obvia reportar varias actividades del proceso de parto que constituyen garantía de calidad de esta atención, como la elaboración del partograma. Resulta paradójico que una norma como es “categorización” de establecimientos según su capacidad resolutive para realizar la

función obstétrica y neonatal, creada para garantizar la calidad de la atención obstétrica termine produciendo el efecto contrario.

“Lo que también sería implementar Poyeni como un Centro de Salud. No se cuenta. Solamente contamos con un médico, una obstetriz; muchas veces salen a lugares, llamas no les encuentro. Lo único que recomendamos: Atalaya. No hay fortalecimiento de lo que es el Centro de Salud... Poyeni” (PS 03 PO)



Equipo de Salud del CS. de Poyeni y miembros del equipo del estudio

En consecuencia, solo el Hospital de Satipo, ubicado en la capital de la provincia a una hora de distancia del C.S. de Puerto Ocopa, estaría formalmente capacitado para atender partos. El hospital es prácticamente inaccesible para la mayor parte de la población asháninka, más aun para las gestantes, según refirió un funcionario de la región de salud.

Los establecimientos a menudo carecen de personal calificado para la atención de la salud materna en cantidad suficiente, de modo que el servicio deja de brindarse o se resiente seriamente ante situaciones de carácter administrativo tales como el descanso post guardia, vacaciones, capacitación, licencia, etc.

“El problema es que uno arma sus horarios... al final se van de capacitación y deja su servicio vacío... Porque hay ocasiones en las que Obstetricia está cerrado, CRED está cerrado, en que Medicina ha

estado cerrado; y son problemas que también la Red nos exige: "¿Por qué está cerrado?" nos dice" (FS 01 PO)

Igualmente, el equipamiento es escaso y usualmente sin mantenimiento, para el caso el equipo de ecografía asignado al C.S de Puerto Ocopa estaba descompuesto desde hace varios meses. El suministro de insumos es irregular y los vehículos de transporte terrestre y fluvial que con frecuencia no se encuentran operativos por falta de mantenimiento o de combustible.

"Tenemos un motor pero el problema es no contamos con el "peque". Hemos hecho una gestión, la comunidad nos ha apoyado en hacer una canoa, pero es de madera"

"Una emergencia tienes que estar esperando (...) y nadie te quiere ayudar, tienes que aprender a manejar" (PS 03 PO)

Una constante en el personal de salud entrevistado es su queja por lo que considera una excesiva carga administrativa que debe cumplir obligatoriamente, se refiere al llenado de formatos de diversa índole y para diferentes sistemas de información, a la elaboración de reportes entre otros. A decir del personal las actividades administrativas restan tiempo que podría estar dedicado a la atención y sobre todo al trabajo extramural.

(...) la parte administrativa es una dificultad que tenemos; porque hay 'n' formatos de rellenar: ya tienes "Registro Diario"; tu "Libro de Seguimiento"; tu "Radar"; el "Padrón"; ya está el "SIP"; ahora nos están implementando lo que es el "WAWARED", que también lo tenemos que hacer ahora; o sea es un montón de papeles que en una paciente prácticamente demoras haciendo todo el día estás sentada acá; cuando de repente tú deberías de estar saliendo a campo, tratando de buscar a las pacientes, pero no te permite" (PS 01 PO)

Definitivamente las barreras institucionales juegan un papel sustantivo en la atención de la gestante asháninka: dotación de personal usualmente joven, desprovisto de formación sobre el mundo indígena amazónico y su cultura, básicamente contratado o cumpliendo su servicio civil, por lo tanto de alta rotación con grandes dificultades para establecer relaciones de confianza con las gestantes;

insumos, aun los críticos para la atención, insuficientes; carencia de transporte, condición central para la referencia, tensiones laborales de diversa índole, entre otros.

Algunos signos de cambio

La Municipalidad de Río Tambo, en su preocupación por ampliar la disponibilidad y cobertura de atención en las comunidades del distrito ha generado una red de servicios de salud complementaria a la red pública. Esta pequeña red está conformada por 14 establecimientos con capacidad resolutive equivalente a la un puesto de salud y 15 botiquines comunales ubicados en las comunidades o anexos más inaccesibles. Sin embargo, los esfuerzos son insuficientes para mitigar esta situación, más aun si no existe una adecuada coordinación que de soporte técnico y logístico a esta iniciativa de parte de la Red de Salud de Satipo.

De igual manera, durante el estudio se percibió cómo amplios sectores del personal de salud ponen en marcha nuevas maneras de relacionarse con la gestante nativa: atención preferencial, aceptación de los patrones culturales. Se trata de aceptarlas tal como son y a atenderlas como prefieren ser atendidas.

.... entonces, me trate de involucrarme con ellas y aceptar que eso para ellas es bueno, y qué si tú le aceptas ¿no?, y no les dices nada, entonces es probablemente porque tú estás haciendo algo bien pues ¿no le parece?... y están viniendo. (PS 01 PO)

(Las Gestantes...) "Ellas vienen directamente, incluso para Planificación Familiar, para cualquier atención, ellas vienen calladitas, por acá entran; si está la obstetra, ya entra, y si no está se va también. Entonces a nosotras ya (no) nos ha quedado otra opción que hacerlas pasar más rápido, que estar allá en el triaje, que pues tiene que pasar varios espacios para que puedan llegar hasta nosotros; entonces más rápido vienen" (PS 02 PO)

"Por ejemplo, población que tenemos con Métodos de Planificación Familiar, que los esposo no saben, entonces ellas vienen: "Me voy a la tienda o me voy a..., cualquier sitio, pero rápido voy y vengo", entonces "Señorita ven ponme rápido porque mi esposo ahorita puede aparecer"; entonces ya, le ponemos su método, se va, ya nosotros posterior nos encargamos de sacar la historia, registrar, y todos los tramites que se tienen que hacer". (PS 02 PO)

Pero también las mujeres gestantes se esfuerzan por comprender una lógica de atención del embarazo y parto que les es ajena.

“Y creo que la población también está un poco tratando de adaptarse también a nosotros, ya en algunas cosas o nosotros ya a ellos, porque ya hemos aprendido algunas..., bueno, no hablamos muy bien el idioma, una que otras palabras tratamos de entenderlos a ellos, o que ellos nos entiendan” (PS 02 PO).

6. Atención de la salud materna: Para quienes finalmente acceden... ¿hay atención de calidad?

Es necesario enfatizar que el acceso a la atención constituye la primera y quizá más importante dimensión de la calidad. No obstante, para aquellas gestantes que logran acceder al servicio, cobra importancia la calidad de la atención centrada en la interacción que existe entre paciente- médico⁸⁷. La calidad de atención de salud materna puede ser evaluada apelando a diferentes modelos de evaluación de la calidad, en tal sentido Donabedian⁸⁷ propone un modelo que considera tres dimensiones: la *dimensión técnica*, donde se evalúa, de un lado, procesos técnicos de la atención y sus resultados, la *dimensión de relaciones interpersonales* que alude a las relaciones que se generan entre usuarios y proveedores a propósito de la realización de los procesos técnicos y en orden de menor importancia la *dimensión del entorno* o ambiente en el que se producen estas relaciones. A su vez estas dimensiones son analizadas sistémicamente mediante la tríada: estructura, proceso y resultado.

La operacionalización rigurosa de este método de evaluación requiere elaborar un diseño que precise atributos pertinentes a cada una de las dimensiones, sus estándares e indicadores. Este esfuerzo fue realizado en el país dando como producto un instrumento de evaluación denominado Estándares de calidad de la atención materna y perinatal en los establecimientos que cumplen con funciones obstétricas y neonatales⁸⁸ que fue aprobado el 2007. Este instrumento, no pudo ser utilizado en este estudio debido a que, como su nombre dice está elaborado teniendo como base la clasificación de los establecimientos de salud según el cumplimiento de las funciones obstétricas y neonatales, que para el caso de los establecimientos del ámbito de este estudio no se cumple debido a la discordancia entre lo prescrito en la norma que define estas funciones y la real operatividad de los servicios del ámbito en lo referente a la atención del parto.

A fin suplir esta limitación y contar con una aproximación a la calidad de atención de la salud materna que se brinda en el ámbito se optó por tres modalidades complementarias:

- *El ajuste a la norma de la atención de la salud materna*

El análisis de los registros de atención de la salud materna que informan sobre el conjunto de las actividades provistas en la Microrred de Puerto Ocopa durante el 2017, según lo establecido por la Norma Técnica para la Atención Integral de Salud Materna.⁸⁹ Esta información da cuenta de la realización del proceso de atención de la salud materna (subprocesos, actividades y procedimientos). Importa de sobremanera la información sobre aquellas actividades que agregan valor al proceso de atención y que puede ser consideradas como indicativo de calidad de la atención en su dimensión técnica. Adicionalmente, se realizó la valoración las historias clínicas materno perinatales de aquellas gestantes que tuvieron su parto durante el año 2016.

Igualmente, cabe señalar que el Instituto Nacional de Estadística e Informática, a solicitud del Ministerio de Salud, evalúa periódicamente la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud para proveer las funciones obstétricas neonatales (FON)⁹⁰ en una muestra nacional de establecimientos de diferentes categorías. La evaluación realizada el 2013 arrojó un promedio nacional de 39 puntos y el 2015 de 40.4 puntos mientras el mínimo aceptable era de 90 puntos. Particularmente, el CS. de Puerto Ocopa alcanzó el puntaje 48.9/90 en el 2013 y de 36.2/90 en el 2015.⁹⁰

- *Evaluación de la dimensión técnica de la calidad mediante la aplicación de un instrumento simplificado*

Se trata de una evaluación cuantitativa mediante un instrumento simplificado que integra cuatro dimensiones: técnica, seguridad de la atención, atención centrada a la gestante/humanización y, acceso a la atención (que recoge la propuesta de la

⁹⁰Evaluar la capacidad resolutoria de para cumplir las FON es equivalente a evaluar el componente de estructura bajo el enfoque de la calidad de la atención.

demoras en la atención en la salud materna). En este caso se asume el enfoque intercultural de manera transversal.

Es una propuesta inicial y por lo tanto sujeta a validación y mejora, que pretende evaluar los atributos *sine qua non* de la calidad en la atención provista a las poblaciones indígenas principalmente en la amazonía. El instrumento fue diseñado y aplicado por un médico gineco-obstetra experto en calidad de atención durante tres visitas realizadas en el CS de Pto. Ocopa durante el 2017. Los anexos N°1 y 2 presentan el modelo y su aplicación en el CS de Pto. Ocopa.

- *La evaluación de las relaciones interpersonales*

Se evalúa las relaciones entre gestantes usuarias de los servicios y los proveedores de los mismos, así como las relaciones interculturales entre los servicios de salud y la percepción construida por la población asháninka, pero también de los esfuerzos realizados por el personal de salud para mejorar la pertinencia cultural de los servicios. En último término se trata de conocer en qué medida se avanza en la construcción de una propuesta de atención intercultural de la salud materna. Esta evaluación de carácter cualitativo se realizó mediante entrevistas a gestantes, mujeres en edad fértil, agentes de salud y dirigentes de las comunidades nativas, personal y funcionarios de salud.

6.1. Ajuste a las normas de la atención de la salud materna

El análisis de los reportes de producción estuvo focalizado en tres de los cuatro subprocesos comprendidos en la norma de atención integral de la salud materna: *atención prenatal reenfocada, atención del parto institucional y atención del puerperio.*

La atención prenatal reenfocada, “Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, idealmente antes de las catorce semanas de gestación, para brindar un paquete básico de intervenciones que permita la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, la educación para el autocuidado y la participación de la familia, así como para el manejo adecuado de las complicaciones; con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los

derechos humanos”⁸⁹, esta denominación alude al énfasis sobre un paquete de prestaciones de eficacia comprobada destinada centralmente a la identificación de riesgos y detección temprana de signos de alarma durante la gestación.



Figura N°12: Instrumentos de gestión de la atención de la salud materna. CS de Puerto Ocopa

En la práctica, la APN constituye el primer contacto de la gestante con el servicio de salud materna y por lo tanto espacio privilegiado de construcción de confianza, pues la mayor parte de mujeres nativas se acerca con cautela y aun con recelo, si entre usuaria y proveedora de atención se logra establecer una adecuada relación el proceso de atención continuará en caso contrario se producirá el abandono.

La Tabla N°3 muestra, en el caso de la Micro Red Puerto Ocopa, la escasa adherencia a la atención prenatal por parte de las gestantes mayoritariamente indígenas, se constata como se establece un creciente brecha entre el número de gestantes que recibió por lo menos una atención y que se denomina: gestantes atendidas, el número de gestantes que recibió seis atenciones o más denominada gestante controlada que es solo el 64% de las anteriores y finalmente aquellas gestantes controladas en quienes se cumplen los criterios de la atención prenatal

reenfocada que solo alcanza al 14%. Cabe señalar que varias de las prestaciones comprendidas en la atención reenfocada son de apoyo al diagnóstico (ecografía, tamizaje de bacteriuria y proteinuria) o requieren competencias profesionales especializadas (atención odontológica), que solo se encuentran en uno de los establecimientos existentes en el ámbito.

Tabla N° 3: ATENCIÓN PRENATAL: MR Puerto Ocopa, CS Puerto Ocopa, PS Otica- 2017			
Atención Prenatal Reenfocada	MR Puerto Ocopa	CS Puerto Ocopa	PS Otica
Gestantes			
Gestantes atendidas	480	52	24
I trimestre	262	29	10
II trimestre	185	18	12
III trimestre	33	5	2
Gestantes controladas	305	31	9
Plan de Parto			
Entrevista	480	52	24
3ra Entrevista	342	34	12
Gestante controlada con batería completa	295	31	5
Gestante con atención prenatal reenfocada	69	8	3

El Plan de parto es un instrumento que permite la identificación y control de los riesgos sociales durante la gestación y parto, se inicia con la primera consulta pero que requiere ajustes que demandan posteriores entrevistas. Para el caso de la MR Pto. Ocopa solo culminan el 71% de las gestantes, pero solo fue efectivo^p en un tercio de las gestantes.

^p Se considera Plan de Parto Efectivo, en aquella gestante que después de habersele realizado las tres entrevistas termina en parto institucional.

La atención del parto institucional es definida como la atención del “parto ocurrido en un establecimiento de salud (hospital, centro o puesto de salud) que incluye el parto vaginal y abdominal (cesárea)”⁸⁹.

La baja demanda de atención del parto en los EESS, dato proporcionado por la ENDES y otros estudios, posiblemente se deba a varios aspectos, de un lado, la resistencia de la gestante nativa a un parto que escapa a sus creencias y costumbres-como se manifiesta en las entrevistas-que se acentuará si, venciendo sus temores y restricciones económicas, acude en busca de atención y encuentran servicios sin la capacidad resolutoria necesaria para atender el parto, pero donde además es víctima discriminación y mal trato.

En la Tabla N° 4 se observa que, pese a desconocerse la cantidad real de partos que ocurren en el ámbito de la microrred, se reporta un total de 337 partos entre institucionales y domiciliarios. Estos últimos comprende el 52% del total de los partos registrados y la gran mayoría son atendidos por la familia hecho que abona en el sentido de la escasa atención por parteras tradicionales como se señaló anteriormente. El 82% de los partos institucionales es atendido por obstetras.

Tabla N° 4: ATENCIÓN DEL PARTO: MR Puerto Ocopa, CS Pto. Ocopa, PS Otica – 2017			
	MR Puerto Ocopa	CS Puerto Ocopa	PS Otica
Atención parto institucional			
<i>¿Quién atendió el parto?</i>			
Médico general	0	0	0
Obstetra	133	23	0
Técnica de Enfermería	29	0	0
Total de Partos	162	23	0
Parto domiciliario			
<i>¿Quién atendió el parto?</i>			
Personal de Salud	28	0	0
ACS	0	0	0
Familiar	147	10	14
Total de Partos	175	10	14
Información adicional del total de partos institucionales y recién nacidos			
ATC de parto vaginal no complicado	162	23	0
Parto Vertical	110	13	0
Parto en Gestante controlada	42	9	0
ATC partos a Adolescentes (12-17a)	31	9	0
Manejo activo- 3ra Etapa del parto	123	23	0
Casas de espera			
Total	0	0	0
Atención de la gestante con complicaciones			
Hiperémesis gravídica	1		
Infección del tracto urinario	87	11	0
Anemia en el Embarazo	140	33	1

La información señala que en 67% las gestantes optan por la posición vertical del parto, recogiendo la preferencia cultural de la gestante. Esta conducta del personal de salud, principalmente de las obstetras, manifiesta su creciente apertura a los requerimientos de las gestantes indígenas, basados en su patrón cultural pero además da cuenta de la validez de la normativa oficial desarrollada para promover estas conductas. Un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud en el 2017⁹¹ señala que existe mayor conocimiento y disposición del



Radar de Gestantes: instrumento de seguimiento de las gestantes

personal de obstetricia para ofrecer el parto vertical como opción de posición de parto, respecto del personal médico. Esta información es concordante con los hallazgos antes mencionados.

Las Casas Maternas, estrategia de facilitación del acceso aparentemente exitosa en el mundo andino para enfrentar las distancias entre el domicilio de la gestante y el establecimiento de atención del parto, parecieran ser poco eficaz en las comunidades amazónicas. Algunos comentarios de dirigentes de la comunidad señalan que podrían ser percibidas como espacios que medicalizan y hospitalizan el parto, condición de si deplorable en el mundo nativo amazónico. En Puerto Ocopa, la Casa Materna, se mantuvo inoperativa durante 2017.

Ambiente de la Casa Materna de Puerto Ocopa



Finalmente, la atención del puerperio que se inicia al término de la expulsión de la placenta y se considera que dura seis semanas o 42 días y que comprende tres etapas: *inmediato* que comprende el primer día

postparto, siendo las dos primeras horas de gran importancia por los riesgos que encierra, *mediato* desde el segundo a séptimo día y, *tardío* hasta completar los 42 días. La Tabla N° 5 da cuenta de la atención del puerperio, las referencias obstétricas y visitas domiciliarias. Se constata que el control del puerperio es demandado por muchas más mujeres que las que registradas en el parto, posiblemente respondiendo a la necesidad de registrar al recién nacido y obtener su certificado de nacimiento.

Si bien las causas de la referencia obstétrica son variadas, importan sobremanera las motivadas por emergencias obstétricas ya que ponen en riesgo la vida de la gestante y del recién nacido y son de directa responsabilidad del establecimiento de salud, para lo cual reciben financiamiento del SIS. Las referencias obstétricas por otras causas quedan libradas a la disposición y disponibilidad de recursos de la gestante y su familia. Durante el 2017 en la MR de Puerto Ocopa se refirieron en situación de emergencia tres gestantes.

Según se señaló previamente, son diversos los obstáculos geográficos e institucionales que dificultan la apropiada realización de la visita domiciliaria en el mundo amazónico y, como es de esperar, se produce principalmente en el puerperio inmediato, usualmente luego de notificado el parto por los familiares de la parturienta. En esta visita se brindan atención tanto a la madre como al recién nacido y se procede a registrar su nacimiento.

Tabla N° 5: PUERPERIO, REFERENCIAS OBSTETRICAS, VISITAS DOMICILIARIAS: MR Puerto Ocopa, CS Pto. Ocopa, PS Otica – 2017			
	MR Puerto Ocopa	CS Puerto Ocopa	PS Otica
Atención del puerperio			
<i>Atendida</i>			
TOTAL	398	40	18
<i>Controlada</i>			
TOTAL	417	34	16
Plan de Parto Efectivo			
TOTAL	112	15	0
Referencias obstétricas			
<i>Emergencias Obstétricas</i>			
TOTAL	3	2	0
<i>Consulta Obstétricas</i>			
TOTAL	13	4	0
<i>Ecografía</i>			
TOTAL	11	4	0
<i>Partos</i>			
TOTAL	54	8	1
Visita domiciliaria			
A Gestante	131	0	3
A Puérpera	353	15	2

Para la valoración las historias clínicas materno perinatales se utilizó una lista de chequeo que verificó el adecuado reporte de 14 ítems. Se accedió a 33 historias de un total de 40 que tuvieron su parto en el C.S. de Puerto Ocopa durante 2016. En la Tabla N° 6 se puede apreciar a la mayor parte de gestantes no se les realiza (o no registra) el monitoreo del proceso del parto mediante partograma debido a la “necesidad” de reportarlo como “parto inminente” por la razón señalada previamente.

Tabla N° 6: VALORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA MATERNA: CS Puerto Ocopa - 2017

N° de Items	Items evaluados	Presente	Ausente	Observaciones
1	Hoja de afiliación	33	00	Hoja CLAP
2	Historia clínica general	33	00	Hoja CLAP
3	Hoja CLAP	33	00	
4	Partograma	04	29	
5	Plan de parto	30	03	
6	Hoja de ganancia de peso	28	05	
7	Pre y post test de HIV	32	01	
8	Tamizaje de violencia	29	04	Evolución psicológica en HC
9	Plan de informe de visita domiciliaria	32	01	No está escrita
10	Formato SQR (sugerencias, quejas reconocimiento)	28	05	
11	Hoja de atención ambulatoria	33	00	
12	Ficha de nutrición	01	32	Evaluación por nutricionista
13	Hoja de odontoestomatología	24	09	
14	Epicrisis	00	33	

6.2. Evaluación de la dimensión técnica de la calidad mediante la aplicación de un modelo simplificado

La calidad de atención de la salud materna también fue evaluada aplicando el modelo simplificado de evaluación diseñado durante el estudio. Este modelo comprende cuatro dimensiones: técnica, seguridad de la atención⁹², la atención centrada a la gestante/humanización⁹³ y, acceso a la atención que recoge la propuesta de la demoras en la atención en la salud materna⁹⁴ e incorpora transversalmente el enfoque intercultural⁹⁵.

Se trata de una propuesta inicial, por lo tanto sujeta a validación y mejora que busca evaluar los atributos de la calidad considerados fundamentales para la provisión de la atención de la salud materna en poblaciones indígenas principalmente en la Amazonía.



Evaluando la calidad de la atención mediante un instrumento simplificado

El instrumento fue diseñado y aplicado por un equipo dirigido por un médico gineco-obstetra

experto en calidad de atención a través de tres visitas realizadas en el CS de Pto. Ocopa durante el 2017. Los anexos N°1 y 2 presentan el modelo y su aplicación.

La Tabla N° 7 presenta los resultados de la evaluación de la atención de la salud materna en el CS de Puerto Ocopa realizado en 2017, aplicando el modelo simplificado de evaluación de la calidad.

Tabla N° 7: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN, MEDIANTE EL MODELO SIMPLIFICADO DE ATENCIÓN, CS de Puerto Ocopa - 2017		
1. Dimensión: Seguridad del paciente		
<i>Información</i>	Las pacientes que fueron entrevistadas mostraron conocer los signos de alarma.	4
<i>Bioseguridad</i>	Si bien los lavaderos cuentan con agua, jabón y papel toalla, tienen las manijas convencionales que requieren ser cerradas o abiertas con las manos, por lo tanto la higiene de las manos no está garantizada.	2
<i>Barreras de seguridad</i>	Las duchas no tienen barandas de soporte y no hay un claro mecanismo que garantice la renovación de los medicamentos en las claves.	2
<i>Prácticas inseguras</i>	La tasa de episiotomía esta debajo del 10%. Por razones culturales, las gestantes rechazan el contacto del profesional con el área genital, evitan tanto la episiotomía como el tacto vaginal.	4
<i>Gestión del riesgo</i>	No hay un mecanismo de reporte de eventos adversos. Tampoco existen espacios de análisis de los eventos adversos. El aprendizaje a partir de un evento adverso, queda en el ámbito profesional individual.	0
<i>Puntaje de la dimensión: Seguridad del paciente</i>		12/20

2. Dimensión: Técnica		
<i>Examen físico completo</i>	La gestante usualmente no recibe consulta médica durante su embarazo. Es atendida ante la sospecha de una intercorriencia médica, sin embargo con frecuencia la atención se dirige únicamente a atender la intercorriencia y raramente realiza el examen físico completo.	0
<i>Ex. Auxiliares completos</i>	El establecimiento no se realiza dosaje de glucosa ni urocultivo. La "confirmación" del diagnóstico de la infección urinaria y su se realiza únicamente con examen de sedimento de orina, por ello los tratamientos son empíricos. Tampoco es posible de diagnosticar una diabetes gestacional.	0
<i>Manejo intercorriencias médicas</i>	La intercorriencia médica más frecuentemente identificada en las HCMP fue la infección urinaria. Entre los casos auditados se encontraron tres gestantes con infección urinaria sometidas a tratamientos que no se ajustan a lo establecido en la GPC del Ministerio de Salud.	0
<i>Equipamiento adecuado</i>	El establecimiento cuenta con los equipos e instrumentos necesarios para una adecuada atención del embarazo, parto y puerperio.	4
Puntaje de la dimensión: Técnica		4/16
3. Dimensión: Atención centrada en la Gestante- Humanización		
<i>Comunicación en el idioma de la gestante</i>	El establecimiento de salud cuenta con personal con dominio del idioma nativo, que apoya de intérprete cuando sea necesario.	2
<i>Privacidad en la atención prenatal y en el parto</i>	El establecimiento de salud reúne las condiciones que facilitaban la atención con privacidad. La gestante ofrece rechazo al examen ginecológico, aun cuando el personal obstetra sea femenino.	2
<i>Acompañamiento del familiar (APN y parto)</i>	Es personal restringe la presencia de un acompañante, pues se percibe como interferencia en el proceso de atención.	0
<i>Libertad de escoger la posición del parto</i>	El personal respeta las creencias culturales de la gestante, entre ellas la adopción de la posición preferida.	2
Puntaje de la dimensión: Atención centrada en la Gestante- Humanización del parto		6/8
4. Dimensión: Acceso y cobertura a la atención		
<i>Demora en la toma de decisiones para la búsqueda de atención</i>	Existe demora, pues ante el reconocimiento de los signos de alarma, muchas gestantes utilizan los recursos de la comunidad por diferente razones: geográficas, económicas, culturales, etc.	0
<i>Demora para acceder a una atención oportuna</i>	Existe demora en desplazarse desde la comunidad hasta el CS por las razones geográficas, económicas y culturales.	0
	También hay demora en el traslado desde el CS Puerto Ocopa al Hospital de Satipo debido a los costos del traslado. Existe un esfuerzo individual del profesional de salud de turno para lograr los medios para el traslado.	

	Existe temor al rechazo que la gestante pueda sufrir en el Hospital de Satipo.	
<i>Disponibilidad de métodos anticonceptivos</i>	Al momento de la verificación se constató la existencia de los métodos anticonceptivos, sin embargo el personal refiere que hay periodos de desabastecimiento.	2
<i>Acceso a métodos anticonceptivos</i>	La oferta de métodos anticonceptivo es permanente.	2
<i>Anticoncepción postparto</i>	Tanto la oferta como la administración de métodos anticonceptivos es baja. El personal refiere que la población con frecuencia no acepta el uso de anticoncepción postparto.	0
<i>Casa de espera</i>	El establecimiento de salud cuenta con casa de espera, pero este no es utilizado por la población.	1
Puntaje de la dimensión: Acceso y cobertura		5/16

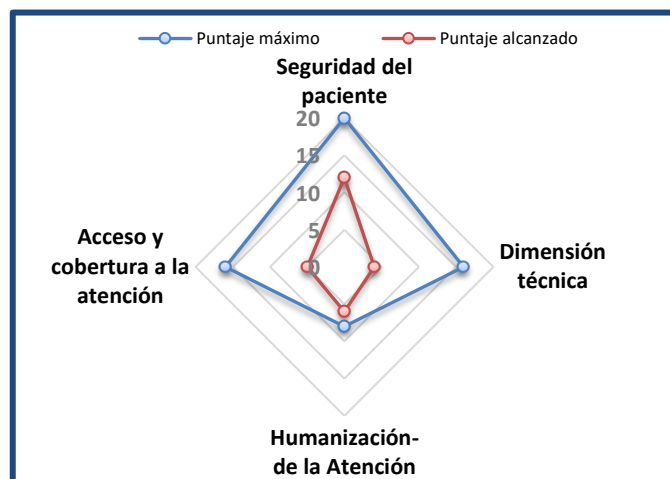
Finalmente, la Tabla N° 8 y el Grafico N°10 resumen los resultados de la evaluación realizada.

Tabla N° 8: resumen de los resultados de la evaluación de calidad de la atención de la salud materna en el CS Pto Ocopa, 2017			
Dimensión	Puntaje Máximo Alcanzable	Puntaje Mínimo Alcanzable	Puntaje Alcanzado
<i>Seguridad del paciente</i>	20	18	12
<i>Aspectos técnicos</i>	16	14	04
<i>Atención centrada la gestante- Humanización</i>	08	06	06
<i>Acceso y cobertura de la atención</i>	16	14	05
Total (absoluto)	60	52	27
Total (Porcentaje)	100%	86%	45%
Resultado (1) (2)			Por mejorar

(1) Utilizando el Modelo de evaluación simplificado, elaborado en el estudio

(2) Se considera "SATISFACTORIO" cuando se alcanza el 86% del puntaje pero en ninguna línea se debe tener un puntaje menor al establecido en la última columna. Si no se logran estos requisitos, se considera al EESS "POR MEJORAR". Sin embargo, un puntaje "SATISFACTORIO", si no ha logrado el máximo puntaje, debe seguir cerrando brechas hasta cumplir con todos los verificadores.

Gráfico N°10: Consolidado de evaluación de la calidad de la salud materna en el CS. Puerto Ocopa, Satipo, 2017



Según esta evaluación de la calidad de la atención, se logró el 44% del puntaje máximo alcanzable y cerca del 50% del puntaje mínimo alcanzable, en consecuencia se concluyó que la atención de la salud materna provista por el CS de Puerto Ocopa:

- Muestra bajos niveles de seguridad: los mecanismos de bioseguridad no son adecuados, se carece de barreras de seguridad y no ha implementado un sistema de gestión del riesgo y de aprendizaje sistemático a partir de la ocurrencia de un evento adverso.
- Se constata serias vulnerabilidades en la dimensión técnica de la calidad de la atención: comúnmente la gestante no recibe consulta médica según se establece en la norma por lo tanto carece de examen físico completo. Tampoco se realiza exámenes auxiliares esenciales. Hay deficiencia igualmente en el manejo de las interurrencias médicas.
- Se constata niveles aceptables respecto a la atención centrada en el paciente, sin embargo no se aborda con suficiente propiedad los aspectos interculturales de la atención.

- Denota importantes problemas en el acceso y cobertura a la atención, creando condiciones para que ante una complicación medica importante, no se tenga capacidad de responder oportunamente.

6.3. Evaluación de las relaciones interpersonales

El contacto inicial entre la gestante nativa y sus acompañantes y el personal del establecimiento de salud que siente como ajeno y culturalmente distante, es usualmente determinante en la ratificación o modificación del imaginario que estos usuarios han construido sobre la atención que allí se brinda. Es un momento crítico en el cual se inicia la construcción de relaciones de empatía y confianza, o por el contrario se refuerza en la gestante la visión de los servicios de salud como espacios hostiles que suscitan desconfianza y donde se puede ser víctima de maltrato. En sentido inverso el personal de salud también puede reforzar sus prejuicios o formarse una opinión diferente de la población nativa.

Las observaciones realizadas en el estudio muestran como la relación entre las gestantes y el personal que provee la atención, por lo común femenino, usualmente comienza signada por el temor y la desconfianza producto del mutuo desconocimiento, pero por otro lado, también por los esfuerzos de ambas partes por establecer lazos de comunicación en instalar algún nivel de diálogo entre dos mundos culturales bastante disimiles.

*“Pero dice que sí, «Sino que tengo miedo que de repente me cortan»”
(PS 01 OTICA).*

(Es un problema) “De confianza y de llegar, capaz llegar a un acuerdo entre la cultura y la cultura occidental, la misma propia cultura que puedan tenerlo” (DC 01 CART).

El desconocimiento del idioma originario de una y otra parte exacerba la dificultad de comunicación, lo que lleva a interpretar los gestos del personal como rechazo, o las actitudes de la gestante y sus acompañantes como poco amistosas cuando

pueden estar expresando sus temores frente a lo desconocido. Son comportamientos que obedecen a diferentes códigos operacionales.

“ ... cuando yo llegué era bien dificultoso que las pacientes vengan, nadie venía; el Centro era vacío, era como una iglesia donde solo los domingos hay gente, algo así; nadie venía, solamente venían para los niños que están con neumonía, o algo grave... entonces ¿qué empezamos hacer?, empezamos a traer regalitos, ropitas, y empezamos a ir a buscarlas, los que ya trabajaban acá, los que conocían el idioma, y ellos la curiosidad de ver que gente nueva llegaba, a ver cómo son; y venían, y te buscaban, y empezaban su control” (PS 01 PO)

“Hay señoras prácticamente sus esposos no las acompañan ir al puesto de salud, entonces a mí también me preocupa, yo creo que los varones son los primeros debemos este, dar, o sea acatar esa responsabilidad porque es una familia, es mi familia por lo tanto yo debo acompañarle para poder ayudarle en lo que es traducción, traducir lo que le están preguntando, porque de una y otra forma como sea ella está, está tratando de entender lo que le dice el enfermero...” (DC 01 OTICA)

...“Una persona que es humilde, que ni de repente no entiende el castellano: ¡Peor! ¡Eso es peor! Le dejan ahí hasta que venga alguien” (FM 02 RT)

“Siente rechazo, siente rechazo porque llegan al establecimiento de salud, no son todos gracias a Dios, pero son una gran mayoría, son una gran mayoría que no llegan a ellos, no los atienden como tal, los ven parados y le dice: “Ya espérate”, y tú dile “Espérate” a un asháninka, es “un espérate”, es “Chau”. Entonces la cosa es atenderlos, atenderlos en el primer momento, tratar de llegar a ellos, de ver las formas como se sientan bien en la atención, de conocer un poquito de su cultura y poder tratar de captar; porque el objetivo es captarlos, de atenderlos con el objetivo de que ellos regresen; porque si los trato bien van a regresar, sino nunca más y adiós, chau; y ahí perdimos ya un gran avance” (FM 01 RT)

Es importante precisar que gran parte del personal de salud, principalmente el que labora en el primer nivel de atención es consciente que el éxito en establecer una relación empática y respetuosa, es condición fundamental para que la gestante adhiera al cuidado de su gestación y de ser posible acceda a la atención de su parto. La mayor parte del personal va desarrollando de manera espontánea competencias

actitudinales para el diálogo intercultural. Este es un esfuerzo que bien podría y debería ser promovido y acompañado por la administración de la Red de Salud y la DIRESA.

“Tenemos que respetar de todas maneras a la paciente, lo que ella decide. Porque si nosotros lo forzamos ella prácticamente se va sentir mal, se va sentir mal, de repente no va acudir para su control prenatal y lo demás ¿no? Pero si nosotros la tenemos bien, con así, con todo como si fuéramos una de su parte de su familia ¿no?, yo pienso que si nos permitiera entender” (PS 01 OTICA)

“Debería de aceptarle a la población las medicinas tradicionales a ellos. Y hacer la práctica; si ellos detectaron un cáncer, cáncer al este, a las mamas, ellas deberían decirles: «Mamita hay cáncer, ¿qué hierba hay que darle a esta mamita para poder saber, para no operarle?». Hacemos la prueba un mes, sino funciona le operamos” (DC 01 PO).

“... que eso yo también me he tenido que involucrar con ellas. ¿Trabajó con el Piripiri?, si trabajo; me ha facilitado muchas veces sí...” (PS 01 PO)

No sucede lo mismo como el personal que brinda atención en el hospital que con frecuencia se muestra distante y con cierta frecuencia discrimina y vulnera la dignidad y los derechos de los pobladores nativos. En esta conducta confluyen múltiples factores de discriminación: los étnico-culturales propios a su condición indígena, el género adquiere un peso gravitante pero también el nivel educativo y la limitada capacidad adquisitiva. Ser mujer, nativa, no hispanohablante y extremadamente pobre constituye el perfil de las personas más propensas a sufrir discriminación, maltrato y otros tipos de violencia por parte del trabajador del hospital⁹, tanto administrativo como asistencial.

“En cambio, los mestizos tienen una preferencia porque tienen dinero, saben expresarse. En cambio, un nativo viene, le dicen ¿por qué tantos hijos? Ya lo mataste psicológicamente. Ya bueno, compra esto. No tengo plata...” (FM 02 RT)

⁹ Perfil muy similar al caracterizado por la Comisión de la Verdad y Reconciliación respecto de las víctimas de la violencia política que asoló el país, entre ellas las comunidades asháninkas del ámbito del estudio.

“(...) porque (no) tienen economía. Otras por cuestiones sociales: no tienen la comunicación adecuada. Poco se dejan entender” (FM 02 RT)

“« ¿Por qué no te vas al Centro de Salud?», «No, porque me va gritar, porque me ha dicho...», ahí sale recién las quejas que le han insultado, que lo tiene ahí dentro y ya no quiere ir al centro” (DC 01 PO)

“«Porque me ha insultado», « ¿Por qué tienes hijos?», ahí está. «Ahora aguanta», «Porque tienes más hijos, ya debes de cortar...»” (DC 01 PO)

“(Sobre el maltrato del personal de salud) (...) pero siempre hablan cosas que de repente, porque a veces, «Ya, ¿y tú esposo?» dice: «No tengo», o sea maltrato psicológico; « ¿Y por qué entonces abres la pierna? Sabiendo que no vas a poder comprar esto, esto»; eso, o sea, ese es un maltrato psicológico de una persona. Ese es el maltrato psicológico de todos, de todos. Le dicen eso: «No tengo plata», « ¿Y por qué no has pensado antes de tener a tu hijo? Hubieras pensado pues. Ahora si cuídate», o sea, así nomás ándate...” (FM 02 RT)

La dimensión técnica de la calidad en la atención de la salud materna usualmente no es materia de juicio por las gestantes usuarias, en primer término debido a que los interrogatorios, procedimientos, maniobras, llenado de formatos, uso de aparatos, toma de muestras de fluidos corporales y demás, les son totalmente ajenos, sobre todo si se trata de su primera experiencia de atención. Es de suponer que estos comportamientos no encuentran explicación en sus marcos de referencia, por lo demás siempre será enorme la asimetría de conocimiento e información sobre la atención entre usuarias y prestadores.

Del conjunto de “acciones raras” a las que se ven sometidas, lo más acuciante es el temor y aun rechazo que les genera el “examen médico”. Cabe señalar que la nosología de la medicina moderna reposa en la semiología que, en su busca objetivar signos y síntomas corporales de salud o enfermedad, obligando a la exposición de ciertas partes del cuerpo. Usualmente, este rechazo se torna absoluto si trata de exponer los genitales externos u otras partes corporales con connotación sexual: mamas, muslos, etc. Esta actitud se produce más allá del natural pudor que

una exposición de tal naturaleza despierta en cualquier persona y quizá con mayor intensidad en la mujer, pero además compromete a su pareja que muestra vigilante para evitar estas situaciones. Es usual que no se permita este examen si el proveedor es sexo masculino.

“Bueno eso es de vergüenza, a veces de miedo. A veces de vergüenza de que no quieren de que le vean sus partes a la hora de dar a luz. Y a veces, otro, por no querer que se les ultraje. Porque a veces ellas se oponen, no quieren abrir las piernas, ahora ellos tienen que hacerlo a la fuerza pues” (DC 02 OTICA)

“Hay algunas (personas) que me dicen que no, no te van a revisar, otros me dicen te revisan tus partes y rápido (...) Yo les digo: A mí no me han hecho eso de revisar a toda, nunca me han hecho. Así le digo. Por eso tienen miedo a la posta” (G 06 PO)

Otro factor que afecta seriamente la credibilidad de los servicios son los conflictos en las relaciones personales o laborales de los trabajadores del establecimiento y que con frecuencia trascienden hacia la población debilitando su imagen.

(...) “Porque una vez le cerraron el Centro... Hace cuatro años.; hace cuatro años que entre profesionales se peleaban, «qué esto, qué no sé cuánto», hasta se llegaron casi acuchillarse entre profesionales. Hay problemas, pero deberían de solucionarse, pero no debería. Eso es lo que está sucediendo...” (DC 01 PO)

7. Organización y gestión de los servicios de atención de la salud materna

7.1. La Red de Salud de Satipo

A fines del siglo pasado, al influjo de la cooperación internacional, el Perú adopta el enfoque de redes de atención, inicialmente concebido como un modelo de organización de servicios de salud, sin embargo en la actualidad se viene procesando un debate acerca de las diversas acepciones asignadas al término. Durante aproximadamente tres décadas el MINSA ha emitido diversos documentos normativos sobre este asunto, cada cual con su propia interpretación^{96,97,98}. Como se señalará posteriormente, esta situación resulta en una confusa implementación del enfoque a nivel nacional, donde posiblemente el único rasgo común sea referirse “a un conjunto de establecimientos de salud de menor complejidad dependientes de una unidad administrativa”.

De otra parte, el 2002 se inició el proceso de descentralización política, dando lugar la constitución de gobiernos regionales sobre la base territorial de los departamentos existentes. A este nuevo nivel de gobierno se transfirieron competencias, funciones y recursos en diferentes campos de actividad pública, entre ellos en materia de salud. Para tal efecto, los gobiernos regionales crearon en su estructura un órgano especializado para la administración regional de función salud que adoptó la denominación de dirección o gerencia regional de salud.

A su vez, las direcciones regionales de salud (DIRESA) constituyeron unidades de gestión desconcentrada de establecimientos públicos de salud que cuya administración les fue transferida, denominado redes de salud a estas unidades. Posteriormente, estas redes de salud conformaron subunidades de gestión que recibieron la denominación de microrredes de salud (MR). La MR tiene como sede administrativa al establecimiento de salud de mayor categoría del ámbito, comúnmente un centro de salud y tiene como función la coordinación de la actividad asistencial, el recojo y procesamiento de la información y suministro local

de medicamentos y otro insumos necesarios para la atención de los establecimientos de salud del ámbito socio-espacial asignado.

Particularmente, la Dirección Regional de Salud de Junín ha conformado nueve redes de salud, una de ellas es la Red Satipo, cuyo ámbito coincide con la provincia del mismo nombre y está organizada en cinco MR y un hospital ubicado en la ciudad capital de la provincia. La MR Puerto Ocopa, el ámbito del estudio, es una de las cinco MR y congrega 32 establecimientos de salud.⁹⁹

La tabla N° 9 presenta los establecimientos de salud de la MR Puerto Ocopa según categorías, la clasificación en razón de las funciones obstétricas y neonatales que realiza y la descripción los servicios de salud materna que se proveen por categoría (cartera de servicios)

Tabla N° 9: ESTABLECIMIENTOS DE MICRORRED DE PUERTO OCOPA, SEGÚN CATEGORÍAS Y SERVICIOS PROVISTOS SEGÚN CARTERA DE SERVICIOS				
Establecimientos según categorías	N°	Clasificac. FON	Prestador	Servicios de salud materna promedio según cartera de servicios
Centro de Salud tipo I-3	5	Funciones Obstétrica Neonatal Primarias (FONP)	Obstetra	Consulta externa para la atención prenatal
				Consulta externa para ITS- VIH/SIDA, tamizaje de pruebas de sífilis y VIH, atención de consejerías de prevención en cáncer de cuello uterino, cáncer de mama. Despistaje de cáncer de cuello uterino a través de la toma del Papanicolaou e IVAA (Inspección Visual de Ácido Acético)
				Consulta externa para la atención de planificación familiar, consejería en métodos anticonceptivos, administración de métodos de barrera, inyectables trimestrales, implantes hormonales, dispositivos intrauterinos, píldoras anticonceptivas y orientación en métodos naturales
				Consulta externa para la atención integral de la etapa de vida del adolescente, prevención del embarazo del adolescente y joven.
				Atención en el domicilio e identificación y seguimiento de gestantes mujeres en edad fértil con riesgo reproductivo, adolescentes y jóvenes con riesgo social y otros para acciones preventivo promocionales y de control de riesgos colectivos
Puesto de Salud tipo I-2	11			Atención prenatal, Atención ITS- VIH/SIDA, tamizaje de pruebas de sífilis y VIH, planificación

			Obstetra o Enfermera	familiar y entrega de métodos anticonceptivos atención de consejerías de prevención en cáncer de cuello uterino, cáncer de mama. Atención integral de la etapa de vida del adolescente y joven
				Atención en el domicilio e identificación y seguimiento de gestantes mujeres en edad fértil con riesgo reproductivo, adolescentes y jóvenes con riesgo social y otros para acciones preventivo promocionales y de control de riesgos colectivos
Puesto de Salud tipo I-1	16		Técnico de enfermería	Atención prenatal, Atención ITS- VIH/SIDA, tamizaje de pruebas de sífilis y VIH, planificación familiar y entrega de métodos anticonceptivos atención de consejerías de prevención en cáncer de cuello uterino, cáncer de mama. Atención integral de la etapa de vida del adolescente y joven
Establecimientos según categorías	N°	Clasificac. FON	Prestador	Servicios de salud materna promedio según cartera de servicios
Centro de Salud tipo I-3	5	Funciones Obstétrica Neonatal Primarias (FONP)	Obstetra	Consulta externa para la atención prenatal
				Consulta externa para ITS- VIH/SIDA, tamizaje de pruebas de sífilis y VIH, atención de consejerías de prevención en cáncer de cuello uterino, cáncer de mama. Despistaje de cáncer de cuello uterino a través de la toma del Papanicolaou e IVAA (Inspección Visual de Ácido Acético)
				Consulta externa para la atención de planificación familiar, consejería en métodos anticonceptivos, administración de métodos de barrera, inyectables trimestrales, implantes hormonales, dispositivos intrauterinos, píldoras anticonceptivas y orientación en métodos naturales
				Consulta externa para la atención integral de la etapa de vida del adolescente, prevención del embarazo del adolescente y joven.
				Atención en el domicilio e identificación y seguimiento de gestantes mujeres en edad fértil con riesgo reproductivo, adolescentes y jóvenes con riesgo social y otros para acciones preventivo promocionales y de control de riesgos colectivos
				Atención del parto vaginal inminente por obstetra
Puesto de Salud tipo I-2	11		Obstetra o Enfermera	Atención prenatal, Atención ITS- VIH/SIDA, tamizaje de pruebas de sífilis y VIH, planificación familiar y entrega de métodos anticonceptivos atención de consejerías de prevención en cáncer de cuello uterino, cáncer de mama. Atención integral de la etapa de vida del adolescente y joven

				Atención en el domicilio e identificación y seguimiento de gestantes mujeres en edad fértil con riesgo reproductivo, adolescentes y jóvenes con riesgo social y otros para acciones preventivo promocionales y de control de riesgos colectivos
Puesto de Salud tipo I-1	16		Técnico de enfermería	Atención prenatal, Atención ITS- VIH/SIDA, tamizaje de pruebas de sífilis y VIH, planificación familiar y entrega de métodos anticonceptivos atención de consejerías de prevención en cáncer de cuello uterino, cáncer de mama. Atención integral de la etapa de vida del adolescente y joven

Elaboración propia. Fuente: DIRESA Junín. Cartera de Servicios

Los establecimientos de salud de la MR Puerto Ocopa están distribuidos en las comunidades ubicadas en las cuencas de los ríos Tambo, Ene y Perené. Como se señaló previamente, la inaccesibilidad geográfica en la Amazonía es manifiesta y prácticamente excluye de la atención a aquella población alejada de las márgenes de los ríos que es donde están situados gran parte de establecimientos, principalmente aquellos con mayor capacidad de atención. Esta situación cuestiona centralmente la validez de un modelo de atención basado en oferta fija de muy poca capacidad resolutoria que por lo tanto no ofrece garantía de eficacia ni de calidad de atención.

A su vez, la Municipalidad Distrital de Río Tambo, buscando asumir su rol de gobierno local en materia de salud según se estipula en la Ley Orgánica de Municipalidades (LOM)^r, desde el 2015 viene extendiendo la cobertura de atención apelando a la construcción y puesta en operación de establecimientos de salud en las comunidades o anexos más alejados que usualmente no cuentan con establecimientos de la MR. Este tipo de establecimiento denominado “puesto satélite” alcanza una capacidad resolutoria similar a la del puesto de salud y está a cargo de un técnico de salud, su equipamiento y recursos para la atención son proporcionados por municipio, recibiendo el apoyo de la MR en medicamentos y

^r La Ley Orgánica de Municipalidades señala las competencias municipales en salud: (1) Gestionar la atención primaria de salud. (2) Desarrollar y mantener la infraestructura en salud; como construir y equipar postas médicas, botiquines y puestos de salud en los centros poblados que los necesiten, en coordinación con los centros poblados, los organismos regionales y nacionales pertinentes y entre los gobiernos provinciales y distritales. (3) Realizar campañas de medicina preventiva, primeros auxilios, educación sanitaria y profilaxis en su jurisdicción.

vacunas. Adicionalmente, la municipalidad ha promovido la formación de botiquines comunales a aquellas comunidades que no cuenta con “puestos satélites”, en ellos brindan atención agentes comunitarios de salud y eventualmente técnicos de salud. En 2017 operaban 14 puestos satélites y 15 botiquines comunales^s.¹⁰⁰



Puesto de salud "satelite" de la comunidad de Puerto Prado

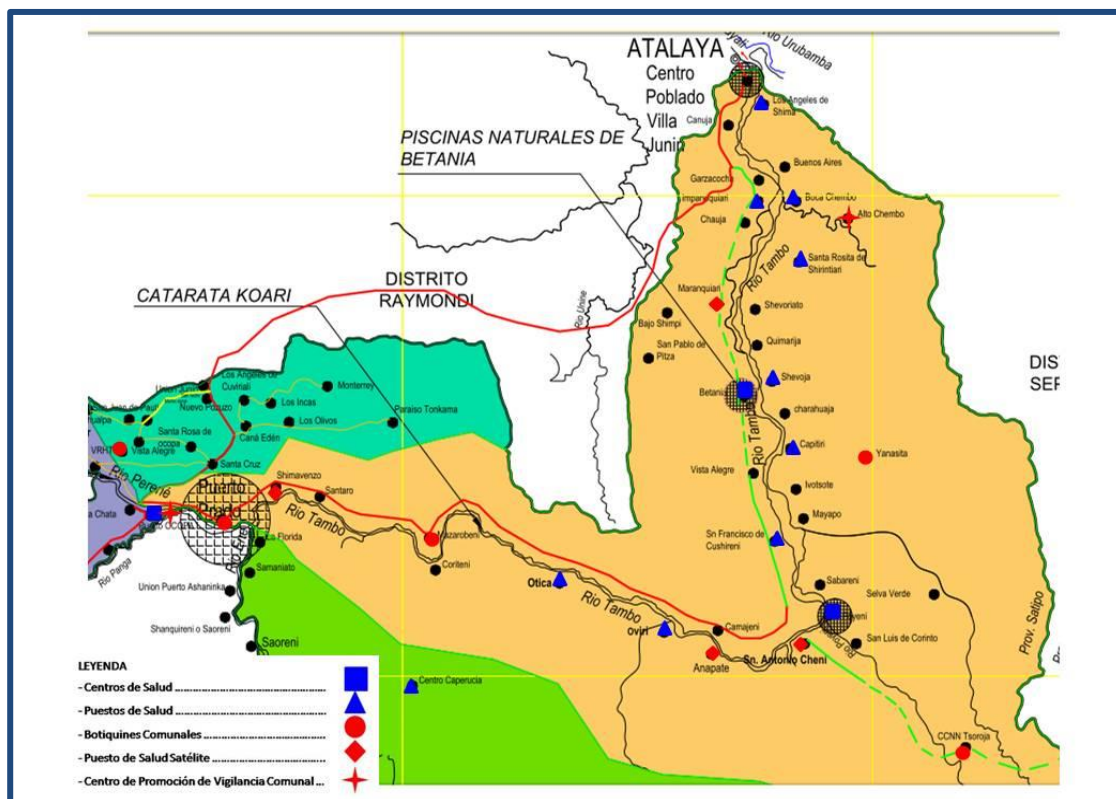
Se trata de un conjunto de establecimientos de salud contruidos, implementados y administrados por la Municipalidad de Río Tambo de manera provisional ya que su propósito final es transferir su gestión a la Red de Salud de Satipo. Pese a que las relaciones entre ambas instituciones no están formalizadas, esta “transferencia” se realiza soslayadamente^t. En suma, existe un conjunto de servicios municipales de salud que operan paralelamente a los establecimientos de la MR Puerto Ocopa lo deseable sería complementar y potenciar la capacidad de respuesta pública en el campo de la salud, esto es, conformar una “microrred integrada” conformada por dos instituciones públicas: gobierno regional a través de la MR Puerto Ocopa y Municipalidad de Río Tambo.

El mapa presenta de distribución de los establecimientos solo de la cuenca río Tambo, ámbito del estudio.

^s Los botiquines comunales son ambientes cedidos por la organización comunal, precariamente implementados en los cuales se brinda atención preventiva o de emergencia a cargo de agentes comunitarios de salud capacitados por la Municipalidad.

^t En octubre del 2017 la Red de Satipo “creo” ocho puestos de salud, realmente se trata de los denominados puestos satélites que finalmente pasan a ser administrados íntegramente por la Red.

Mapa N° 2: DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA MICRORRED PUERTO OCOPA Y DE LA MUNICIPALIDAD DE RIO TAMBO EN LA CUENCA DE RIO TAMBO



Elaboración propia- Fuentes: Cartera de Servicios de la DIRESA Junín y la presentación de la Subgerencia de Salud Pública de la Municipalidad de Río Tambo

Adicionalmente, desde 2014 se implementaron los Centros de Promoción y Vigilancia Comunal (CPVC) que atienden niños y madres gestantes en cumplimiento de una de las metas de los Planes de Incentivos al Mejoramiento de la Gestión Municipal (PI), bajo la coordinación técnica del MINSA. El Municipio de Río Tambo puso en funcionamiento dos CPVC aunque con escasa incidencia sobre la salud de las poblaciones objetivo¹⁰¹.

7.2. Cómo opera la atención en la Microrred Puerto Ocopa

El Centro de Salud de Puerto Ocopa, categorizado como establecimiento de Nivel III, es la sede de la MR. En términos generales provee dos tipos de atención. La atención programática, aquellas resultante de implementación de la política de

salud que enfrenta daños, riesgos de alta prioridad, con población asignadas; objetivos, metas, actividades, procedimientos establecidos y recursos asignados. Esta tipo de atención está a cargo de las estrategias nacionales de salud, una de ellas es la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva que tiene como su principal línea de intervención la atención de la salud materna.

La atención médica es a libre demanda y es cubierta por los servicios de medicina general y odontología, aunque dichos servicios también tienen responsabilidades sobre la atención programática. El laboratorio clínico tipo I, único servicio de apoyo al diagnóstico realiza pruebas laboratoriales simples en apoyo a ambos tipos de atención.

La actividad asistencial para efectos formales se cumple en horarios establecidos por norma pero realmente la atención se brinda las 24 horas, debido a que el personal de salud reside en la comunidad y es rápidamente ubicado ante cualquier demanda de atención más aún si esta es de emergencia.

Se constata una limitada acción colectiva, no se percibe disposición a identificar una misión para el Centro ni construir su visión de futuro, por lo general hay escaso conocimiento y preocupación por la salud de la población, y prima las actividades rutinarias para el cumplimiento de las exigencias normativas. Se nos informó sobre realización de eventuales reuniones del conjunto y visitas de supervisión mucho más de parte de la Red de Salud. Durante el estudio se observó que existe poco espíritu de camaradería, al parecer subsisten secuelas de conflictos interpersonales que en algún momento fueron intensos y trascendieron hacia la comunidad con el consecuente desmedro de la imagen del establecimiento. No es posible reconocer algún nivel de liderazgo individual o colectivo. Esta fragmentación interna se traslada a las relaciones entre el Centro de Salud y los establecimientos bajo su responsabilidad, cada servicio establece relaciones particulares con sus contrapartes en estos establecimientos.

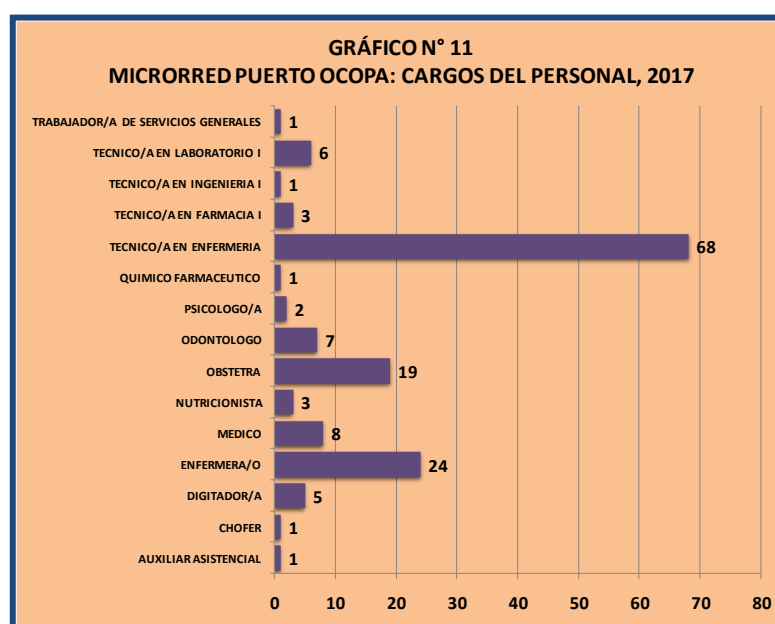
En lo referente a la atención de la salud materna, la Microrred de Puerto Ocopa evidencia una notoria insuficiencia señalada anteriormente debido a la previamente

falta de capacidad resolutive de sus establecimientos para la atención de partos normales, recurriéndose a la condición de inminencia de parto para justificar su atención.

7.3. Recursos

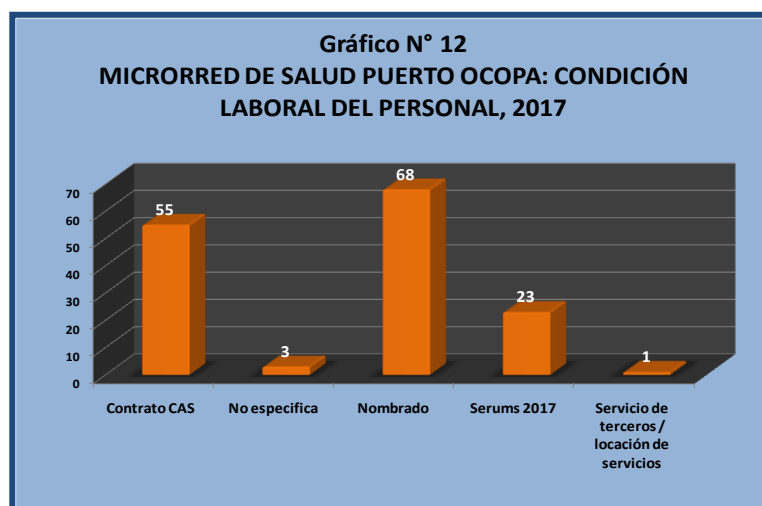
Personal de salud

La Red de Salud de Satipo, para el 2017, contó con 819 trabajadores de los cuales 352 son profesionales. De ellos 150 labora en la MR Puerto Ocopa, 64 de los cuales son profesionales de la salud (Gráfico N° 11)



Fuente: MINSA - DIGEP - INFORHUS

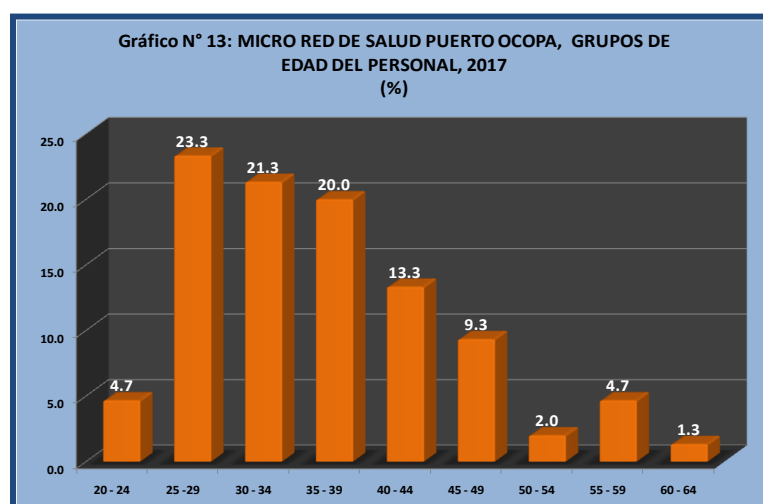
La dotación de personal es fluctuante, existe una alta rotación que atenta contra la continuidad de las intervenciones, situación que puede explicarse por el perfil del personal: 55% se encuentra en condición de contratado, 50% es menor de 35 años y 75% es soltero. Adicionalmente, el 60% son mujeres dato que corrobora la rápida y creciente feminización de la población laboral en salud¹⁰².



Fuente: MINSA - DIGEP - INFORHUS

Como era de esperarse la mayor parte del personal nombrado o con algún grado de estabilidad labora en el C.S. de Puerto Ocopa mientras que el resto de establecimientos de la microrred está dotado de personal menos estable, incluyendo a quienes realizan su servicio civil (SERUMS). Se trata por lo general de jóvenes profesionales sin experiencia previa ni conocimiento de la situación de salud de las comunidades nativas o de sus problemas vitales, pero también con escasa motivación para actuar por mejorar esta situación. La mayor parte se limita a cumplir con el servicio para retornar a su lugar de origen lo más pronto posible. Casi todo el personal es foráneo por lo tanto ajeno a la cultura asháninka y obviamente a su idioma.

Para efectos de la atención de la salud materna, según norma, están autorizados a atender el parto, el médico y la obstetra. En CS de Puerto Ocopa está dotado de un médico general, cuatro obstetras y dos odontólogos, sin embargo se nos informó que el médico interviene esporádicamente en la atención obstétrica. Los demás



Fuente: MINSA - DIGEP - INFORHUS

centros de salud de la MR Puerto Ocopa cuentan con por lo menos un médico y una obstetra. El C.S. de Puerto Ocopa cuenta con un médico, cuatro obstetras y dos odontólogos. El personal que brinda servicios de apoyo al diagnóstico tiene formación técnica.

“Pero para imágenes solo tenemos personal técnico, no tenemos profesionales. No hay radiólogo, no hay tecnólogo médico. No hay tecnólogo, solamente hay biólogo” (FS 03 SA Ent2)

En los puestos de salud la atención es provista generalmente por obstetra, enfermera o técnica de enfermería, según la disponibilidad de personal, se trata usualmente de personal contratado o cumpliendo su SERUMS por el máximo de un año, muchos de ellos llegan allí condicionados por el incentivo que se otorga para realizar estudios de segunda especialización a quienes lo cumplen en zonas de menor desarrollo, obviamente su motivación y disposición para involucrarse en la vida y salud de las poblaciones indígenas es mínima. Se cumple con lo mínimo necesario.



Precarios ambientes asignados para como vivienda del personal de salud de Poyeni

“Muchos de nuestros establecimientos funcionan y por eso la alta rotación de personal con personal Serumista, se terminan de adaptar, terminan ni terminan de entender a su población, pero ya aprendieron mucho de su población, y ya adiós, y de nuevo viene otro a tratar de entender y aprender” (FRS 01 JU-Ent2)

“(…) nosotros nos encontramos con muchas trabas, por ejemplo, ahora con los Serumistas. En la época en que uno salió hacer el SERUMS tú sabías que tenías que caminar, que si comías... comías sino no, que tu trabajo estaba fuera de... Ahora cuando vas y hablas con los jóvenes, te dice: “No, a mí me han designado acá, y yo estoy en el Puesto, yo no tengo que ir a sus comunidades, que vengan. Pero yo ya estoy cumpliendo porque estoy acá. A mí me dicen que voy al Puesto de Salud, ya, ya me meto y solo allí tengo que atender, ¿por qué voy a salir a sus comunidades?””(FRS 01 JU-Ent2)

En los últimos años se han implementado políticas remunerativas para incentivar el desplazamiento del personal a zonas rurales y de menor desarrollo, si bien no existen evaluaciones sobre su impacto. Por lo general acuden profesionales obstetras jóvenes y con escasa experiencia para afrontar las complicaciones de embarazo y parto y además sin el menor conocimiento de la cultura indígena y sus implicancias en la atención de la salud y sin ninguna capacitación sobre la atención intercultural.

La situación de personal de salud merece un acápite por su importancia, como se señaló la casi totalidad de los trabajadores de salud proceden de la capital de departamento o de otros departamentos andinos o costeños. Estos trabajadores de la salud deben atravesar un complejo proceso de adaptación al ambiente amazónico de condiciones climáticas extremas, con grandes dificultades de comunicación y transporte y sin contar con las facilidades mínimas de vivienda y alimentación.

“Sí; uno, que es chocante porque tú vives y has estado. O tienes otro tipo de realidad, donde tienes todas tus comodidades a la hora que sea, tienes una cama, tienes comida, tienes agua, tienes donde bañarte, tienes todo ¿no?; en cambio aquí no es así; solamente hablándote de Puerto Ocopa, desde la fecha porque empecé a trabajar en julio del 2013.... yo al menos me quería salir volando ni bien llegué

No había pista, se demoraba 4 horas el viaje; ahora, lo otro que no había agua, agua solamente juntábamos de la lluvia o en el río; chocante a mí porque a mí me ha dado alergia, me intoxicqué con el alimento; el agua de igual manera; me picaban todos los mosquitos, todo el cuerpo, parecía un monstruo, que me picaba, me rascaba y me hacía heridas...” (PS 01 PO)

Cada trabajador al llegar a la comunidad de Puerto Ocopa debe buscar por propia cuenta los medios básicos de vida. Usualmente consigue pequeñas e inhóspitas habitaciones sin servicios básicos privados, contando con energía eléctrica restringida. No existe la menor preocupación en la autoridad institucional por proveer alojamiento seguro y mínimamente confortable a personal. Los lugares de

expendio de alimentos: restaurantes o similares, son escasos e inseguros, por lo que el personal se ve obligado a preparar sus alimentos.

“La comida, nadie cocinaba acá; por más que tú le decías: “Cocíname, te voy a pagar”, “No” te dicen. No querían cocinar; y tampoco no es que no querían, no tienen; en ese momento no tenían...” (PS 01 PO)

Son desafíos que gran parte del personal, sobre todo el que se va estabilizando, asume y que comúnmente no se tiene en cuenta al momento de evaluar su desempeño. Muchos de ellos se involucran con la realidad de pobreza y marginación que vive la población nativa. Se hace “uno más” entre ellos.

Ahora -me decía- pues, pero te tienes que acostumbrar, es una forma de vida” me dice; y así pasó, pasó el tiempo como que con ella me fui acostumbrando, conversábamos, hablábamos, y de ahí que el mismo hecho, la necesidad de que nadie se quedaba por esta zona, nadie quería quedarse; venían, estaban un mes, sean: médicos, enfermeras o técnicos, y todos se iban, nadie quería. Y tú los mirabas ¿y esta población?, como que necesitan pues ayuda, cómo que eso de alguna manera me inspiró, y me incentivó a decir: “Yo puedo vivir como ellos; si ellos viven ¿porque yo no puedo vivir?, entonces dejé de un lado el miedo y todo, y me empecé a involucrar con ellos. No relacionándome, no compartiendo sus costumbres, sus fiestas ¿no?, sino de repente viendo cómo viven (PS 01 PO)

Recién el 2016, para fines, casi finalizando se abre lo que es la carretera pues, y con la carretera se ha vuelto mucho más..., hay más facilidades ahora: hay comida; hay agua; hay transporte, en cualquier rato sales; tienes hambre te escapás un rato. (PS 01 PO)

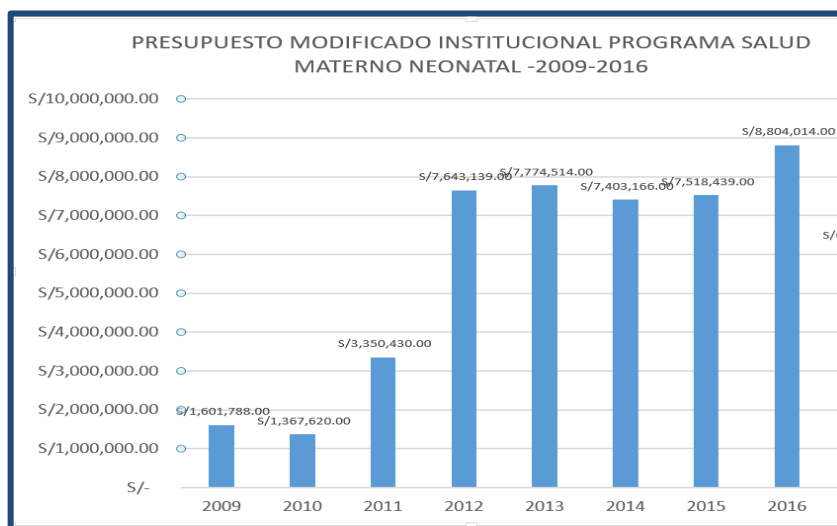
Recursos financieros.

La Red de Salud Satipo, durante el 2016, recibió una asignación presupuestal de S/.37,710,534.00 de soles, de los cuales el 60% se concentran en la atención programática: programas presupuestales, por un monto de S/.22,472,615.00soles.

Del total asignado a los programas, el programa de salud materno neonatal representa el 39% con un monto de S/. 8,848,325.00, esto supone que fue quintuplicado en comparación al 2009, pasando a ser el programa como mayor

asignación presupuestal, superando al programa articulado nutricional lo que denota su alta prioridad.

Gráfico N° 14

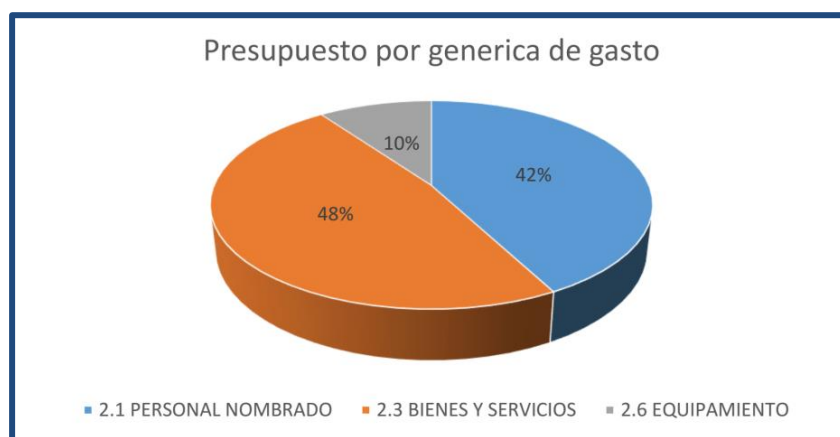


Fuente: SIGA- SIAF .Dic. 2016

Este programa recibe su financiamiento principalmente por recursos ordinarios (RO) con S/.7,207,246.00 que representa el 81% de su presupuesto. A partir del año fiscal 2016 los recursos provenientes del Seguro Integral de Salud vienen incorporados como recursos ordinarios, con esta medida se busca garantizar su gasto menos discrecional, aunque no necesariamente se asegura la calidad del gasto ni tampoco su suficiencia para lograr las metas propuestas.

En lo que respecta a la composición de gasto, el programa materno neonatal asigna el 42% de su presupuesto a remuneraciones (personal nombrado o contratado por el DL 276), pero cabe la salvedad de que no todo este personal se encuentra directamente vinculado a la atención materna o neonatal, sino que incluye a personal administrativo cuya labor tiene una injerencia indirecta en el cumplimiento de metas del programa. El presupuesto inicial anual del programa materno neonatal en la genérica de gasto de bienes y servicios se duplicó por el incremento de presupuesto del SIS a través del convenio para el pago capitado. Se esperaba que estos recursos se utilizasen en mejorar los servicios de salud del programa.

Gráfico N° 15



Fuente: SIGA – SIAF. Dic.2016

Los recursos a su vez distribuidos a centros de costos correspondientes a un total de 83 los establecimientos de salud comprendidos en la Red, estos recursos son ejecutados por las unidades administrativas de la Red en el pago de remuneraciones y la adquisición de bienes y servicios.

“Presupuesto no los manejamos nosotros” (TS 01 PO)

“Entonces no necesariamente hay una equidad en la organización de presupuestos sí queremos ¿no?; pero a veces sentimos que también parte desde el escaso, poco, limitado conocimiento que tienen las redes, hablando de las redes amazónicas de su propia población. De repente conocen más lo que está cerca, y de repente desconocen lo que tienen lejos, siendo digamos, son paisanos, están más cercanos a ellos, si los conocieran tendrían mejores capacidades de responder a esas necesidades, y lo que nos muestra es que no los conocen tampoco; están como nosotros, occidentalizados completamente, pensando en una forma de ver las cosas en esa población urbana más no en su ruralidad neta, que ahí esa ruralidad es diferente acá ¿no?” (FRS 01 JU-Ent2)

Interrogados los funcionarios y personal que atiende la salud materna de salud en la Microrred Puerto Ocopa sobre la disponibilidad de los recursos para la atención, señalan que cuentan con los insumos necesarios.

“Materiales si nos han dado; bueno, antes nunca nos han dado, te soy sincera; cuando la Srta. D. entró a la Coordinación de la Red, la colega llevó lo que es la estrategia de Materno en la Red, ella es la que nos

ha abastecido todo ese año con la doctora N.; nos abastecieron aquí a Puerto Ocopa entonces” (PS 01 PO)

“Tenemos un motor pero el problema es no contamos con el “peque”. Hemos hecho una gestión, la comunidad nos ha apoyado en hacer una canoa, pero el problema es de madera; el otro día vino un bote lo presionó, ya no sirve. Una emergencia tienes que estar esperando y con el mismo trabajo que una hace que nadie te quiere ayudar, tienes que aprender a manejar; tengo motor pero no tengo lo que es ahora la canoa. Se ha gestionado se ha mandado documento lo que es a la municipalidad, la municipalidad nos dijeron: “Sí, sí, sí, no se preocupen” pero no hay resultados” (PS 03 PO)

(Un bote de aluminio) “Mucho mejor sería, y eso nos facilitaría cualquier emergencia” (PS 03 PO)

No obstante, algunos gastos son cubiertos por el personal de salud sin recibir reembolso por ello, por ejemplo los gastos de transporte de insumos y medicamentos que a su retorno de la reunión mensual de entrega de información, llevan a sus establecimientos de origen.

(Todo lo que es transporte) “Nosotros lo pagamos” (PS 03 PO)

Suministro de medicamentos e insumos críticos

Hay diversas quejas respecto del sistema de suministro de medicamentos, al parecer no existe una adecuada planificación lo que lleva en algunos casos al desabastecimiento de algunos medicamentos e insumos críticos y en otros al “sobrestock” que termina en su vencimiento y pérdida.

Carencia de medicamentos) “Acá también, siempre pasa, siempre pasa. Por ejemplo con lo que es para nuestros pacientes diabéticos no había metformina, y hasta ahora no llega metformina; si no fuera por las donaciones que hubo en junio del Comando conjunto no tendríamos” (FS 01 PO).

“A veces nos llegan medicamentos, por ejemplo la vez pasada nos llegó diazepam creo, no sé cuántos, bastante diazepam, al punto que se terminó venciendo” (FS 01 PO).

“Lo mismo nos pasó con dexametazona, nos mandaron ¡Asu! bastante; harta dexametazona. O sea no ven la realidad, no hacen un

nuevo histórico como quien dice; y al final la distribución de medicamentos a veces no llega acorde de la realidad” (FS 01 PO).

“Algunas cosas llegan en demasía, y a veces hay cosas que no llegan. Ese es un problema no solo acá, en casi todos lados” (FS 01 PO).

Recursos tecnológicos

Los recursos tecnológicos médicos son escasos, no gozan de adecuado mantenimiento y buena parte de ellos va hacia la obsolescencia. El servicio de salud materna cuenta con un ecógrafo aunque las obstetras no se encuentran adecuadamente capacitadas para su uso.

“(…) nosotros tenemos ecógrafo” (TS 02 PO)

El laboratorio esta implementado para realizar los siguientes exámenes: dosaje de hemoglobina, hemograma, grupo y factor sanguíneos, hepatitis B, VIH, sífilis, dengue, sedimento de orina, examen completo de orina, glucosa, colesterol, parasitológico de heces. Pero no disponen de la tecnología para realizar dosaje de proteína en orina de 24h, urea, creatinina y urocultivos.

(Respecto a los análisis de laboratorio) “pero lo básicos nos dan para trabajarlo nosotros en servicio; y lo hacemos. Tenemos nuestro equipo para sacar nuestra hemoglobina, y lo hacemos acá mismo a la paciente, para que sea más rápido” (TS 02 PO).

Comunicación y transporte

El CS de Puerto Ocopa se comunica con la capital de la provincia por vía terrestre, mediante una carretera asfaltada y cuenta con dos ambulancias como medio de transporte, una de las cuales está equipada para el traslado de pacientes en casos de referencia. La movilización hacia los establecimientos de salud bajo responsabilidad es comúnmente por vía fluvial para ello cuenta con dos lanchas con motor fuera de borda.



Ambulancia asignada al CS de Puerto Ocopa

La comunicación telefónica es usualmente buena y además cuenta con un nodo de internet que permite conexión hasta de cinco computadoras, su velocidad es bastante lenta y sufre frecuentes interrupciones.

Infraestructura

El Centro de Salud se ubica en la comunidad de Puerto Ocopa, ocupa un área de aproximadamente 3,000 m² y dispone de una infraestructura física adecuada de no más de 15 años de antigüedad, tiene distribución modular que al parecer responde a diferentes etapas de crecimiento. Sus módulos de atención son: (a) Recepción, triaje, medicina, farmacia y odontología, (b) Estadística, TB y otras enfermedades transmisibles, (c) Salud mental y laboratorio, (d) Salud sexual y reproductiva, (e) Salud infantil. Además de un módulo de servicios generales y un ambiente inicialmente asignado para ser Casa de Espera.



Área de Obstetricia del Centro de Salud de Puerto Ocopa

Cuenta con energía eléctrica del sistema regular de la comunidad que al parecer es discontinuo y además de un panel solar y motor eléctrico. Igualmente cuenta con tanque elevado de agua que garantiza su suministro más no su potabilidad.

“Lo bueno es que contamos agua, una infraestructura buena; luz contamos con lo que es panel solar y batería; muchas veces, a veces usamos el motor eléctrico pero la dificultad es el combustible, y el mismo movilidad que no contamos ¿no?, quieras o no quieras” (PS 03 PO)

El Puesto de Salud de Otica, recientemente construido por la Municipalidad de Río Tambo, bajo un enfoque urbano por lo tanto de material inapropiado para las condiciones climáticas de la Amazonía. Está dotado de agua aunque no potable, desagüe a pozo ciego y electricidad, esta última generada por paneles solares. El área asignada es de aproximadamente 1000 m² protegidos por cerco perimétrico.



Exteriores del Puesto de Salud de San Miguel de Otica.

Cuenta con ambientes para la atención: salud del adulto, salud infantil, salud materna. Además, sala de espera, ambiente de atención tóxica y de emergencia, sala de reposo/observación, de dispensación de medicamentos, lavandería y servicios higiénicos. Los ambientes destinados para la atención de la salud materna son: consultorio de control prenatal, sala de parto con propios servicios higiénicos y sala postparto con servicios higiénicos. Su dotación de personal se reduce a un técnico de salud, uno trabajador estable y usualmente se le asigna un profesional (enfermera u obstetra) que cumple servicio civil por el periodo máximo de un año.

7.4. Redes de Atención

El enfoque de organización en redes de atención propugnado internacionalmente¹⁰³ supone alta grado complementación entre unidades productoras de servicios mediante el flujo de intercambio de conocimientos, recursos humanos, tecnológicos y materiales dentro de un determinado ámbito de intervención a fin ampliar la capacidad resolutive y calidad de atención sea para la atención de salud en general o específicamente para un tipo de atención (vgr. atención de la salud materna y de este modo para garantizar mayor y mejor atención de la población usuaria).

Para que los flujos se establezca e institucionalice son indispensables dos condiciones, una primera y esencial es reconocer que las redes se constituyen entre actores, en último término la red se establece cuando se construyen vínculos entre

personas, son *“personas que se comunican con personas”* para mejor atender a otras personas, por tanto la disposición individual para entrar en interacción con otros, es fundamental, pero también, como afirma Róvere¹⁰⁴ es necesario desarrollar la convicción de que la atención de salud es resultados de la acción colectiva, del trabajo en equipo. En tal caso, se forjará la disposición a compartir conocimientos, información y recursos. Esto exige aprender a conciliar la disposición a compartir con la natural y legítima aspiración al logro y reconocimiento individual, pero también requiere dar manejo adecuado a los problemas y conflictos que surgen al interior de los servicios ya que pueden afectar seriamente los procesos de interacción.

Pero también están en juego otras personas, los usuarios de los servicios, ellos son portadores de complejas concepciones, motivaciones e intereses a menudo muy diferentes de las que dominan los servicios, igualmente están organizados en diversos grupos de representación, pero también entre ellos suceden tensiones y se desarrollan conflictos y cierto sentido de propiedad exclusiva de los recursos sanitarios ubicados en las comunidades que dificulta la interacción y sobre todo el flujo de recursos.

La segunda condición tiene que ver con los medios tecnológicos que para hacer posible la interacción, en tal caso, es posible apelar a una gama de tecnologías, desde las tradicionales (sesiones intercambio de experiencias, programas conjuntos de capacitación, acuerdos para intervenciones o investigaciones conjuntas, etc.) hasta aquellas que hacen uso de la tecnología de punta que hoy nos ofrece la microelectrónica (e-health, telemedicina). La elección de las tecnologías de interacción es propia a cada situación, en respuesta a las capacidades y recursos, sin duda la tecnología de punta es de gran ayuda por *“virtualiza”* la interacción y aminora recursos de manera significativa, pero su utilización no siempre está al alcance.

Finalmente, cabe enfatizar que las redes de salud son redes de atención de salud, dicho en otros términos se trata de proveer atención en red, por lo tanto, mientras

la atención que se brinde no ofrezca evidencias de ser producida por algún grado de interacción de prestadores, incluyendo el flujo los recursos necesarios para esta provisión difícilmente se puede aseverar que esté operando una red de atención. La gestión acompaña y brinda soporte a la atención en red y de ningún modo puede ser considerado el aspecto medular de la red.

7.5. ¿Existe una red de atención de la salud materna?

Recuperando las premisas previamente expuestas cabe interrogarse sobre: ¿Qué interacciones se forjado entre los proveedores de los diferentes establecimientos de ámbito (puestos y centros de salud y el hospital de Satipo) y de ellos con las usuarias de los servicios, a propósito de la atención de la salud materna? ¿Fluyen la información, los conocimientos y recursos entre los servicios de los establecimientos?

Al interior de la Microrred Puerto Ocopa

La atención de la salud materna conjuntamente con otras actividades que constituyen la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva (ESSR) es provista por cuatro obstetras (parteras profesionales) que brindan atención prenatal, atención del parto, planificación familiar y atención de salud de los adolescentes. Este equipo de atención se relaciona con sus contrapartes de los establecimientos a su cargo, en varios de ellos la atención es provista también por obstetras, casi la totalidad de sexo femenino, esto ha creado un “espíritu de cuerpo” donde confluye el género y la profesión, facilitando el trabajo en equipo.

La relación entre el Centro y los demás establecimientos se produce a razón de la entrega de información sobre la producción mensual en las actividades normadas por la estrategia Para tal efecto se programa la visita de uno de los trabajadores de salud de los establecimientos quien personalmente entregar la información al equipo de obstetras del Centro para su digitalización y consolidación con el resto de la información de la microrred. Durante la visita se informa además sobre las ocurrencias del servicio recibiendo la asistencia del equipo del Centro. A su vez, la

información procesada es enviada a la Red de Satipo, por lo general la información se usa poco en la toma de decisiones a nivel local, pero sobre todo se comentó los inconvenientes que vive el equipo si los resultados no son de la satisfacción de los funcionarios de la Red. Adicionalmente, el equipo de la estrategia implementa un programa de capacitación que aborda los tópicos básicos de la salud materna, contando con la participación de ponentes invitados. Finalmente, el personal al retornar a sus establecimientos opera como canal de suministro pues lleva consigo medicamentos, anticonceptivos, insumos estratégicos, formatos y demás recursos necesario para la atención.

“...nosotros no podemos cumplir varias metas; por ejemplo uno, es la entrega de HIS y FUAS^u; nos dan 10 días para digitar una FUA, una de estas hojitas, una de estas; hoy día 20 o sea esta FUA tiene hasta el 30 para ser digitado...El punto es que cómo hago con Poyeni, como manda sus FUAS cada semana, si está de aquí en el bote a seis siete horas o más y tiene todo el riesgo que se pierdan; si se pierden peor todavía. Y lo mismo pasa con todos los establecimientos. Y empezando por ahí, ya no se cumplen casi muchas de nuestras metas, u obviamente en la evaluación de indicadores Puerto Ocopa no está bien” (FS 01 PO).

En suma, a este nivel se evidencia la disposición de los actores involucrados por responder “en red” frente a las necesidades de la atención y generar flujos de información y conocimientos. Posiblemente constituya una forma de comportamiento que descansa en la necesidad de dar respuestas inmediatas y concretas a necesidades de atención sobre la base de la confianza construida entre ellos, antes que una propuesta técnicamente diseñada

^u FUA: Formato Único de Atención exigido por el seguro público como medio probatorio de atención



Actividades de capacitación de la MR Puerto Ocopa, en salud materna

Entre la Microrred Puerto Ocopa y la Red de Satipo

No se percibe igual tipo de relación entre la MR Puerto Ocopa y la Red de Satipo, de ambos lados se aprecia distanciamiento cuando no malestar. Es una relación forzada por la necesidad de cumplir con disposiciones burocráticas y están limitadas básicamente al envío de información de la microrred a la red y al envío de recursos en sentido inverso. De la información recabada en conversaciones oficiosas con funcionarios de la Red Satipo^v se percibe la existencia de algún grado de conflicto previo y cierto desconocimiento del desafío que supone conformar una red de atención obstétrica obligando a reorientar el modelo de atención actualmente centrada en la oferta fija que por lo demás no ofrece la capacidad resolutive ni calidad de atención necesarias, para solucionar los problemas de la salud materna, menos aun si se trata de atender la emergencia obstétrica.

Anualmente, el conjunto de microrredes y sus establecimientos son convocados por la red para evaluar los avances en el logro de las metas trazadas principalmente en lo que concierne a las atenciones programáticas, entre ellas las de la ESSR. Al respecto el equipo de la microrred opina que son de poca ayuda, ya que usualmente se enfatiza en evidenciar las insuficiencias o errores cometidos e insiste

^v El funcionario no consintió conceder una entrevista formal.

en la obligación de cumplir las metas, pero no se abordan las dificultades y carencias que afronta el personal cotidianamente en la provisión de los servicios, menos aún se reconoce los esfuerzos realizados, ni se formulan soluciones a los problemas encontrados.

“O sea ya tenemos información acumulada; entonces toda la vida hemos tenido ese problema, desde Red, que porque Puerto Ocopa, por eso es que Puerto Ocopa ha sido mal visto en todo; pero entonces ya son cosas que escapan de nuestras manos” (PS 02 PO)

“Entonces Puerto Ocopa casi siempre está entre los últimos, casi siempre; y eso ha llevado a que la Red trate de exigir pues ¿no?, de hacer algo con nuestro sistema, de ver como nosotros podemos llegar a nuestras metas, y lo que hace es presiona pues ¿no?; presiona, presiona, presiona, y obviamente presiona al equipo; y el equipo con la presión trata de hacer lo que puede pues ¿no?, viendo todos esos inconvenientes. Y con toda esa presión y todo eso, lo que causa pues, lo que causa el malestar, o sea en parte del malestar o del ambiente que se crea acá, es por ello..., yo creo que es por ello” (FS 01 PO)

Al parecer, parte importante del problema radica en los criterios sobre los cuales se formulan los objetivos y metas sanitarias. Todo indica que estos responden a estimados de dudosa validez técnica pero que además se construyen al margen de la realidad social y de salud de los sujeto-objeto de las intervenciones, de las competencias y experiencia del personal asignado para su realización y de las condiciones laborales y personales en los que estos se desenvuelven, entre otros.

No obstante, en los funcionarios de la Red de Satipose aprecia la preocupación por mantener y mejorar la operatividad de la atención de la salud materna en los establecimientos de la Red, mediante: el suministro oportuno de los insumos críticos y los recursos de transporte, la estandarización de las “rutas clínicas” que garantice la referencia de las emergencias obstétricas a establecimientos con la capacidad resolutive para resolver el problema, igualmente manifestó que se tramita una directiva que reconozca la atención de partos en los centros de salud de la Red a fin de superar el inconveniente de no contar con establecimientos con la capacidad resolutive de atender partos. Igualmente, se percibe la poca importancia

que se otorga a la información como insumo en la toma de decisiones para la gestión de la Red.

Entre la Microrred Puerto Ocopa y el Hospital de Satipo

El Hospital de Satipo

El único establecimiento de salud con capacidad atender la referencia es el Hospital Manuel Higa Arakaki localizado en la ciudad de Satipo. El establecimiento es de categoría II-1. En lo referente a la salud materna se encuentra en capacidad de realizar funciones obstétricas neonatales especializadas tipo I (FONE-I), Pero además, en ausencia de establecimientos de salud categorizados de Nivel IV, formalmente le corresponde realizar las funciones obstétricas neonatales básicas (FONB) para el ámbito de la Microrred de Puerto Ocopa.



Hospital de Satipo



Servicio de salud materna

Ocurre la insólita situación que, si se cumpliera la normatividad, aún los partos normales procedentes de la Microrred Puerto Ocopa deberían ser atendidos en el hospital, obviamente también el embarazo y partos complicados y la emergencia obstétrica. Esto no sucede en la práctica y el hospital atiende por referencia las complicaciones del embarazo y parto, principalmente si se trata de emergencias.

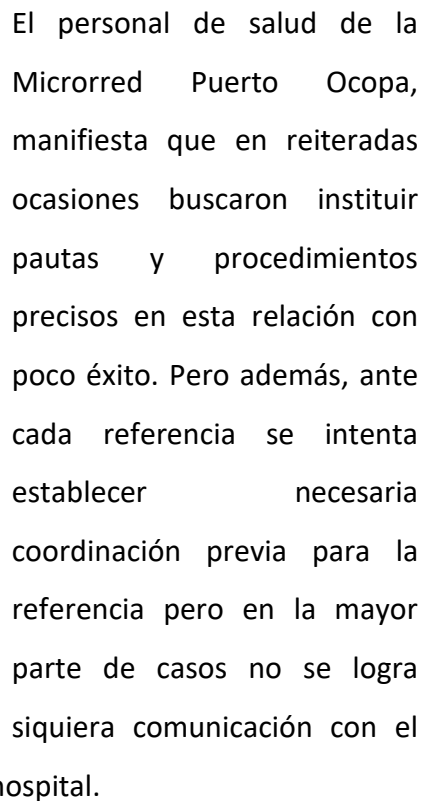
Durante el 2017, el hospital contó con 273 trabajadores, de ellos 105 eran profesionales de la salud. La cartera de servicios de este nosocomio en lo referente a la atención de la salud materna comprende un conjunto relativamente completo servicios (UPS) para la atención del embarazo, parto y postparto.

La siguiente tabla presenta las prestaciones consideradas en la cartera de servicios que son pertinentes a la salud materna

Tabla N° 9: PRESTACIONES DE SALUD MATERNA DE CARTERA DE SERVICIOS HOSPITAL DE APOYO MANUEL HIGA ARAKAKI		
UPSS / Actividad	Prestaciones	Descripción
CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en ginecología y obstetricia	Consulta ambulatoria por médico especialista en ginecología y obstetricia en consultorio externo para atención a personas con morbilidad y riesgo de morbilidad.
CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por obstetra en consultorio de MATERNO, PSICOPROFILAXIS.	Atención en consultorio externo para la atención en mujeres gestantes y puérperas y en estimulación prenatal y psicoprofilaxis en consultorio externo para la atención consejería y sesiones para gestantes.
CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por obstetra en consultorio de PLANIFICACIÓN FAMILIAR.	Atención en consultorio externo en planificación familiar consejería en salud sexual y reproductiva en mujeres en edad fértil gestantes y puérperas, consejería en métodos anticonceptivos, administración de métodos de barrera inyectables trimestrales, implantes hormonales, dispositivos intrauterino, píldoras anticonceptivas, métodos naturales.
CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por obstetra en consultorio de ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.	Atención en consultorio ETS-VIH-SIDA para tamizaje de pruebas rápidas sífilis VIH, toma de secreción vaginal y administración de tratamiento sintomático.
CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por obstetra en consultorio de PREVENCIÓN DE CÁNCER	Atención en consultorio externo por Lic. en Enfermería, obstetra, para la consejería de prevención de cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, toma de Papanicolaou e IVAA (inspección visual de ácido acético)
CONSULTA EXTERNA	Atención por equipo multidisciplinario en la etapa de la vida ADOLESCENTE.	Consulta ambulatoria por equipo multidisciplinario para la atención de usuarios en la etapa de la vida adolescente sano o con riesgo de morbilidad. Se realiza sesiones y consejería en temas de salud.
CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por psicólogo(a)	Atención en consultorio externo para la atención en salud mental pruebas psicológicas y psicoterapia individual y familiar de personas sanas o con riesgo de morbilidad.
CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por cirujano dentista	Atención en consultorio para atención de salud oral preventiva y de rehabilitación (curaciones dentarias, fluorización, endodoncias, profilaxis dentaria, destartraje, extracciones dentarias, radiografías) básica en población con riesgo de morbilidad.
CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por nutricionista.	Atención en consultorio externo para evaluación y atención nutricional de personas sanas o con morbilidad administración de micronutrientes, sulfato ferroso en solución, sesiones demostrativas y consejería nutricional.
CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por enfermera en consultorio de INMUNIZACIONES	Atención en consultorio externo para la vacunación a personas con riesgo de morbilidad, administración de vacunas según calendario, en prevención de enfermedades inmuno prevenibles.
EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista en gineco y obstetricia.	Atención en urgencias y emergencias para manejo de pacientes con prioridad I-II-III en tópico de atención del servicio de emergencia según el nivel de categoría del hospital II-1, establecido por la normatividad vigente.
CENTRO	Atención de parto vaginal por Médico Especialista Gineco-y	Atención de parto vaginal con o sin complicaciones en periodo de dilatación expulsivo y puerperio inmediato en sala

OBSTETRICO	Obstetricia.	de dilatación, partos y área de puerperio.
CENTRO QUIRURGICO	Intervenciones quirúrgicas por Médico Especialista Gineco-Obstetra y por Obstetra.	Intervenciones quirúrgicas electivas y de emergencia como cesáreas, histerectomías, quistectomías, laparotomía exploratoria por diferentes casos como embarazo ectópico, quiste o pedículo torcido, con soporte de procedimiento de anestesia regional y general en sala de operaciones.
HOSPITALIZACIÓN	Hospitalización de Ginecología y Obstetricia	Atención en hospitalización de Ginecología y Obstetricia para brindar cuidados necesarios y procedimientos clínicos con fines de recuperación para las puérperas y pacientes post operatorias, permanencia y soporte asistencial
PATOLOGIA CLINICA	Procedimientos de laboratorio clínico II-1	Atención en procedimientos de microbiología, hematología, bioquímica e inmunología bajo la responsabilidad del Tecnólogo Medico y Biólogo en un laboratorio de tipo II-1.
DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	Ecografía general y doppler.	Atención de procedimiento de ultrasonografía general y doppler en sala de ecografía bajo responsabilidad del médico general capacitado en ultrasonografía.
NUTRICION Y DIETETICA	Evaluación nutricional en hospitalización	Atención para el cálculo de necesidades nutricionales, elaboración del plan y seguimiento del estado nutricional de las personas hospitalizadas de acuerdo a las indicaciones médicas, bajo la responsabilidad del profesional en nutrición.
FARMACIA	Dispensación de medicamentos, dispositivos médicos y productos sanitarios	Dispensación y expendio de medicamentos incluidos en el petitorio nacional único esenciales dispositivos médicos, productos sanitarios entregado por químico farmacéutico en área de farmacia.
SALUD FAMILIAR COMUNITARIA	Visita domiciliaria por profesional obstetra	Visita domiciliaria para la identificación de gestantes, mujeres en edad fértil con riesgo reproductivo, adolescentes y jóvenes con riesgo social y otros para acciones preventivo-promocionales y de control de riesgos colectivos.
ATENCION BANCO DE UNIDADES DE SANGRE	Recepción de unidades de sangre	Entrega de unidades de sangre y hemoderivados a los servicios del establecimiento, bajo la responsabilidad del tecnólogo medico capacitado.

vida de la gestante.



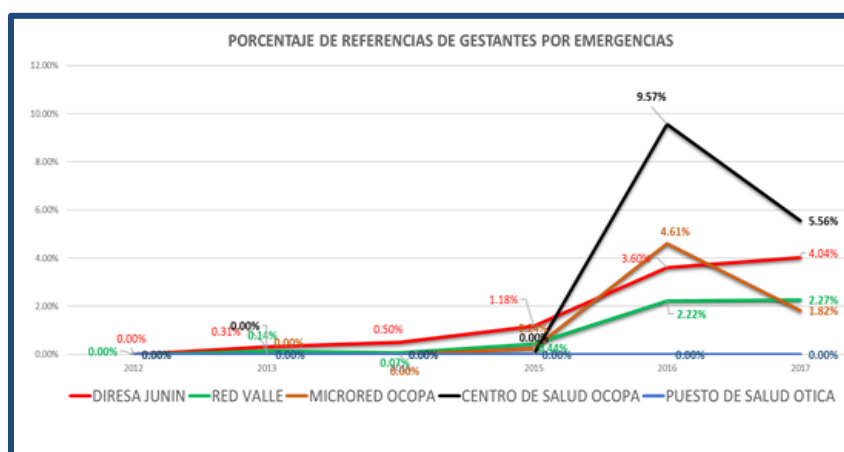
hospital.

complicación nos dicen: "¿Para qué la han traído? Si arriba hay obstetra, ¿para qué la han traído? porque no la atienden arriba" (PS 01 PO)

"Pero cuando algo pasa dicen: "¿Pero quién les ha dicho que atiendan? Acaso es su deber de ustedes, nos dicen que no debemos atender"; o sea es cómo qué algo se contradicen ¿no?: ¿qué porque haces?, ¿qué porque no lo haces?" (PS 01 PO)

Según la información de la ESSR, se aprecia un incremento en la cantidad de gestantes referidas al hospital debido en situación de emergencia. Esta situación debiese ser razón suficiente para estandarizar el proceso y los procedimientos de la referencia obstétrica.

Gráfico N°16



Exigencia de trato digno y humanizado

Si superando la barrera económica la gestante nativa logra trasladarse a Satipo, es probable que cuente con soporte social en una urbe que para ella y sus familiares resulta inhóspita, las limitaciones de comunicación, el desconocimiento de las costumbres ciudadanas, sus bastante escasos recursos y la actitud de discriminación de la mayor parte de sus habitantes confluyen en hacer una estadía poco grata.

Finalmente, si salvando estos obstáculos accede al hospital seguramente percibirá de inicio un clima hostil, "nadie da razón de nada". La discriminación debido a su

condición étnica y pobreza se disimulan bajo la fórmula de “persona sucia o desaseada”, otras veces el maltrato es explícito y agresivo.

“...en el hospital ellas refieren que las maltratan, que no las entienden, que no las dejan hacer nada en cambio aquí no pues; acá (Puesto de Salud) nosotros las tenemos andando con toda la familia acompañando si desean, pero para el momento del parto ahí sí solamente entran ella, y raras veces que permitimos que ingresen la familia porque a veces no comprenden ellos lo que hacemos” (PS 01 PO).

“Porque (no) tienen economía. Otras por cuestiones sociales: no tienen la comunicación adecuada. Poco se dejan entender” (FM02 RT)

El hospital no cuenta con personal bilingüe dispuesto especialmente para guiar al poblador indígena y facilitar su atención y sufre un enorme desencuentro cultural cuando intenta comprender regímenes y procedimientos que le son totalmente extraños: colas, cupos, tickets, formatos del SIS, etc.

“(...) la atención es pésima. O sea, diario estoy, diario estoy ahí con ellos, ahí haciendo cola, haciendo cola ¡Ah!, uno viene 5 de la mañana, viene sin desayunar hasta las 10, 11, ¿cuánta cola?, y sale ahí una enfermera de que está dando cupo, y dice que ya no hay cupo, turno tarde. O sea, ahí la gente tiene una incomodidad, de qué no, por qué no me avisan. Claro, uno, pone en su lugar de la persona, por eso yo digo porque yo siempre he visto; yo te doy una atención, o sea, una información adecuada, una información adecuada al usuario ¿no? (FM 02 RT)

“En cambio, los mestizos tienen una preferencia porque tienen dinero, saben expresarse. En cambio, un nativo viene, le dicen ¿por qué tantos hijos? Ya lo mataste psicológicamente. Ya bueno, compra esto. No tengo plata. Ahí nomás, no le atiende. Esa es una diferencia en cuestiones económicas y cuestiones sociales” (FM02 RT)

El albergue de la Municipalidad de Río Tambo y los acompañantes “interculturales”

La Municipalidad de Río Tambo trata de atenuar esta indignante situación ha puesto en funcionamiento un albergue donde pueden acudir los pacientes que llegan a Satipo en busca de tratamiento, proporcionado alojamiento y alimentación. Igualmente, ha dispuesto que uno de sus trabajadores, un técnico de salud bilingüe acompañe y oriente a los pacientes en los trámites para conseguir atención y oficio de traductor ante el personal y aun durante la consulta médica.

“Hay una señora que no tenía seguro, ¿qué hacen cuando no tienen seguro? La persona no puede comunicarse, es ahí cuando me llaman a mí o le llaman a NN o a alguien (...) cuando ven que es de comunidad nativa, no tiene familia (...) ya cualquier responsable nos llama.

Nos dicen: le he traído el doctor y le dejó. Ahí nosotros intervenimos, hay dos cosas: el asháninka nosotros podemos entender, yo soy asháninka. Ahora, otro asháninka tiene otra diferencia de habla, ahí nosotros también pataleamos, tenemos que buscar a alguien” (FM02 RT)

Una persona que es humilde, que ni de repente no entiende el castellano: Peor! ¡Eso es peor! Le dejan ahí hasta que venga alguien o hasta que venga yo” (FM02 RT)

Ante una emergencia

Si la referencia es por emergencia obstétrica, el traslado de la gestante es responsabilidad del Centro de Salud, no es raro que la paciente o su familia se nieguen a aceptarla, pues saben que luego de cumplida la “entrega” en el hospital ellos tendrán que asumir con sus propios recursos el conjunto de contingencias que se presenten.

“(...) si tenemos emergencia, tenemos que referir a la gestante en el “Ante del Parto” no es tan sencillo; no es tan sencillo sacarles ¿no? (FRS 01 JU Ent2)

Muchas veces la complicación obstétrica debido a su complejidad no puede resolverse en el Hospital de Satipo habida cuenta de su limitada capacidad resolutoria, esto obliga a movilizar recursos de diferentes instituciones a fin para

facilitar la referencia un centro hospitalario de mayor complejidad sea en la ciudad de Huancayo, la capital del departamento o aun en algunos casos proceder al traslado a Lima. En tales casos la situación social y económica se dificulta aún más.

“Si Satipo no puede resolverlo tengo que pensar: o Huancayo o Lima. Costos: ¿cómo los he sacado?, ¿de dónde los he sacado?, ¿con qué expectativa los he sacado?; yo te estoy sacando de tu hogar, de tu casa, de tu..., y tú estás saliendo como estás, estamos en una emergencia; en Satipo el tema climático no lo vas a sentir; venimos aquí a Huancayo ¿cómo te estoy sacando?; y no tienes familia, ¿dónde te vas a quedar?; o sea ya el problema del paciente por eso está siendo atendido, ¿pero el problema de la familia?, porque no viene sola, tiene que venir con alguien más, y entonces esa persona quieras o no está siendo maltratada, ¿por qué? Porque viene aquí y le dicen: "trae esto, trae aquello, anda busca" ¿de dónde busco yo no conozco tu tierra, yo estoy fuera de mi ambiente?, entonces ¿dónde busco?” (FRS 01 JU Ent2)

El retorno a la comunidad

Una vez, salvada la emergencia o sucedido en parto se presenta un nuevo problema que es el retorno a su comunidad de origen, usualmente la gestante o parturienta es dada de alta, sin percatarse de las condiciones de retorno. La denominada contra referencia en el mejor de los casos tiene efecto médico, pero no logístico ni económico. Los familiares o acompañantes deben correr con los gastos del retorno.

“(...) y ahora hay que hacerlos regresar, es la segunda parte del mismo problema ¿no?, pero obvian el retorno. Nos vamos a que tenga una complicación, llegar a Satipo, y es la segunda parte del cuento” (FRS 01 JU Ent2)

8. Conclusiones.

1. El pueblo asháninka, como casi la totalidad de pueblos indígenas de la Amazonía Peruana, viene siendo arrastrado por acelerados cambios socioculturales y económicos que están remeciendo sus cimientos que inciden profundamente en su estado de bienestar. Las presiones al territorio irrumpen y trastocan el núcleo material y simbólico de su existencia, produciendo la acentuación de su pobreza al grado de poner en riesgo su sobrevivencia debido a su confinamiento a ínfimos espacios territoriales, así como, al uso depredatorio del ambiente, bases sobre las cuales construyeron su existencia e identidad. Los procesos de globalización en curso introducen nuevas concepciones de vida mediante simbolismos y tecnologías que seducen preferente a las nuevas generaciones quienes buscan inscribirse en estos cambios, la mayor parte con escaso éxito.
2. La salud y su atención es parte de este fenómeno, ambivalente en esencia, del cual aún se desconoce a cabalidad las oportunidades y los riesgos que trae. Mientras algunos sectores que buscan resistir los cambios y reclaman permanecer en un modo de vida -incluyendo su reproducción y maternidad-, que por siglos fue capaz de dar cuenta con cierta eficacia de su devenir y fue garantía de su sobrevivencia, condición que presentan como evidencia de éxito. Otros, principalmente las últimas generaciones se instalan con mayor fluidez en los cambios en curso. El contacto directo con la atención de salud occidental en quienes migraron y retornan, el impacto de los medios de comunicación y los servicios públicos y programas sociales que, pese a ser expresión de políticas públicas residuales, crean nuevas aspiraciones.
3. Respecto de esto último cabe por lo tanto preguntarse ¿De qué manera la política pública en salud se encauza hacia miradas más convergentes y dialogantes con los pueblos, incorporando sus visiones y prácticas sanitarias? ¿La actual mirada de la salud intercultural está preparada para este desafío? ¿Quiénes son los actores capaces de procesar las tensiones y cambios hacia mejores condiciones de salud y desarrollo de los asháninka?

4. Las acentuadas brechas de inequidad en la atención de la salud de los pueblos nativos amazónicos dicen poco y mal de la eficacia de las políticas de salud intercultural y sus diversos mecanismos normativos, tecnológicos y operativos de implementación. Particularmente, al analizarse la atención prenatal entre la población gestante urbana y la rural para el año 2017, se encuentra una brecha de 16 puntos porcentuales. Esta brecha se incrementa hasta los 25.6 puntos porcentuales si se compara la atención en la población gestante urbana con la población gestante indígena amazónica. La diferencia es de igual magnitud cuando se compara el promedio de cobertura de atención prenatal para toda la Región Junín, con la correspondiente a su población nativa amazónica.

Esta situación se exagera al analizarse la cobertura del parto institucional pues si bien alcanza al 93% de las gestantes como promedio nacional, con una brecha de 18.6 puntos porcentuales entre el ámbito urbano y el rural; para el caso de la población gestante nativas esta brecha es de 73.1 puntos porcentuales. En otros términos, las gestante nativas amazónicas acceden 4.65 veces menos al parto institucional que cualquier otra gestante en el país. Igual sucede con otras tantas métricas de salud.

5. En términos generales, la información obtenida en las poblaciones asháninka coincide con lo mostrado en la encuesta nacional de salud y estudios similares que dan cuenta de una realidad en la que confluyen: inequidad, exclusión y autoexclusión en la atención, en cuya explicación al parecer se encuentran factores socio-culturales, geográficos y económicos que actúan de manera diferente para cada comunidad. Esta situación, igualmente, pone en evidencia el desconcierto del Estado, de la autoridad sanitaria en sus diferentes niveles y de la misma sociedad al constatar que estrategias de atención de la salud materna de reconocida eficacia en otros ámbitos, no lo son en el mundo nativo amazónico.
6. La conmoción y desconcierto que vive el mundo asháninka se manifiesta en campo de la reproducción que por siglos mantuvo visiones y prácticas propias y

muy acendradas sobre el advenimiento y cuidado de la vida. Las tensiones entre los sistemas médicos tradicionales y el sistema público de atención se producen en medio fuerzas que abogan por la legitimación de la atención de la salud materna y reproductiva, de un lado, y de otro, fuerzas que defienden la naturalización del proceso reproductivo y apelan a la tradición cultural y la permanencia de un sistema comunal que usualmente legitima relaciones de género y poder marcadamente asimétricas en favor del hombre. Estas tensiones se complejizan tanto desde el lado poblacional que ante su empobrecimiento tiene cada vez menos capacidades de elección, como desde los modelos de atención de salud precarios, ineficaces y culturalmente poco pertinentes que no alcanzan a garantizar la vigencia efectiva de derechos individuales y colectivos de las mujeres y sus niños.

7. Uno de los asuntos controversiales es la adolescencia, si esta se entiende como una “construcción cultural, con presencia de gran variedad de situaciones, dependientes de su sitio de origen y cultura”, es posible pensar en múltiples formas de ser adolescente, pero también se debe considerar que estos pueblos no cursen por el periodo de la adolescencia. Esto no significa que estos posibles cursos de vida no puedan y no deban ser sometidos al escrutinio social y aun ser rechazados si atentan contra los derechos humanos fundamentales, como es el caso de los matrimonios impuestos. Por lo tanto, cabe interrogarse en qué medida el embarazo producido al interior de una unión concertada bajo la institución matrimonial de las sociedades nativas de la amazonía, constituye por sí mismo un embarazo adolescente. Surgen otras tantas preguntas tales como: ¿Estos matrimonios necesariamente fracturan proyectos de vida?

Este asunto pone en tensión los derechos sociales y culturales del colectivo, con los derechos humanos del individuo, situación compleja que la política de salud materna no recoge y analiza a profundidad, de modo que la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar reporte cerca de 40% de embarazos de mujeres

nativas amazónicas entre 15 y 19 años en comparación del 4.1% del promedio nacional, para el 2017.

8. El acceso se constituye en dimensión central de la calidad de atención y opera de parte aguas frente a cualquier valoración de la atención de la salud en tanto derecho humano. En este concepto, debido a su carácter relacional, confluyen aspectos poblacionales e institucionales categorizados en dimensiones y si bien la geografía y otros factores ecológicos y climáticos juegan un papel importante, lo tienen también los factores institucionales expresados en un modelo de atención poco pertinente a la realidad amazónica, según se mencionó. Sin embargo, todo indica que pobreza es actualmente la más importante barrera al acceso a la atención de la salud materna ya que las condiciones límite de subsistencia en las que vive gran parte de la población nativa, les impiden afrontar gastos que la atención acarrea, sin poner en crisis su magra economía. Hautecoer y Colbs. concluyen de manera similar a estudiar las barreras de acceso en población indígena guatemalteca.
9. La normatividad que regula la atención de la salud, particularmente de la salud materna, emanada al amparo del imperativo de salud pública moderna por estandarizar los procesos de atención, es válido posiblemente para sociedades más homogéneas y estables, pero no para realidades tan diversas y heterogéneas como la nuestra. Adicionalmente, se pretende suplir esta insuficiencia mediante normas elaboradas ad-hoc, como por ejemplo, la norma de atención intercultural del parto, sin tener presente que muchas veces estas normas que operan como instrumentos de excepción a la postre son un mentís a su propósito y terminan actuando como factores que promueven conductas que discriminan y aun estigmatizan.
10. La calidad de la atención de la salud materna y su mejora no es una aspiración explícita en la Red de Satipo ni la Microrred Puerto Ocopa. No existen instrumentos apropiados para realizar una evaluación veraz. La capacidad resolutoria de los establecimientos para cumplir las funciones obstétricas y

neonatales (FON), evaluadas para el CS. de Puerto Ocopa por expertos nacionales, alcanzó el magro puntaje de 48.9/90 en el 2013 y de 36.2/90 en el 2015. Posiblemente el mayor esfuerzo por mejorar la calidad técnica de la atención prenatal fuese la adopción de la denominada “atención prenatal reenfocada” que, pese a que normaliza y estandariza el proceso de atención prenatal, obliga a reportar su cumplimiento. Como parte del estudio se elaboró y propuso un instrumento simplificado de evaluación de la calidad de la atención que aplicado al CS. De Puerto Ocopa arrojó la mitad del puntaje mínimo aceptable.

11. Las relaciones interpersonales, dimensión básica de la calidad, son fundamentalmente relaciones interculturales. El estudio recoge problemas producto de la mutua desconfianza entre gestantes y proveedoras de la atención. Se trata de aceptar concepciones, creencias y prácticas que resultan mutuamente ajenas, pero también de entablar comunicación entre personas que a menudo no hablan el mismo idioma. En este contexto, son frecuentes el maltrato y la discriminación en los que confluyen la condición étnica, el género y la pobreza. El diálogo intercultural, sustento de la atención intercultural, exige reconocer al otro en su complejidad, como portador de particulares concepciones, creencias y constructor de sus propios relatos usualmente ajenos al pensamiento occidental. Recién entonces logra sentido la normatividad destinada a implementar el enfoque intercultural, de lo contrario, las normas quedan como meras prescripciones vacías de significado que sirven tan solo para operativizar el uso de ciertas tecnologías. Primariamente, se requiere de esfuerzos por lograr cambios culturales en el personal de salud, los aspectos normativos y tecnológicos debiesen acompañar estos esfuerzos y no al contrario.
12. Al no contarse con una definición consensuada que operativice el concepto de redes de atención en el Perú, se buscó identificar la presencia de “atención de la salud materna en red” utilizando los siguientes criterios: comunicación e

intercambio de experiencias de atención, procesos sistemáticos de capacitación y uso integrado de la información para la toma de decisiones de atención a nivel local. El estudio encontró que la atención en red de la salud materna opera fluidamente entre los establecimientos que conforman la Microrred Puerto Ocopa (nivel basal de sistema de atención), pero no funciona entre las microrredes que conforman la Red de Salud, incluido el Hospital de Satipo. Al parecer, la condición que determina la operación en redes de atención descansa en la construcción de relaciones de confianza y solidaridad entre el personal de salud. Esta condición se refuerza por patrones de identidad profesional, pero también por la identificación con el espacio social donde se labora. En este sentido, los aspectos procedimentales y tecnológicos cobran menos importancia y muchas veces complejizan y burocratizan innecesariamente la atención en red.

13. Finalmente, se puede afirmar que la baja calidad de la atención de la salud materna en las poblaciones indígenas amazónicas del Perú, es expresión condensada de diversos problemas sociales, económicos y culturales, que tiene como común denominador la condición de postergación, marginación y a menudo exclusión de la que son víctimas estos pueblos. Para hacer frente a esta situación se requiere de políticas sociales inclusivas, pertinentes, eficaces y sostenibles, pero también se necesita del compromiso de servicios públicos de atención de salud y del sistema de formación de recursos humanos en salud, con el fin de implementar y no solo formular políticas de salud intercultural. Lamentablemente, el Estado y la sociedad peruanos han buscado consciente o inconscientemente de invisibilizar al mundo nativo y su problemática.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 INEI. Resultados definitivos del XII Censo de Población, 2017
- 2 INEI. Resultados definitivos del III Censo de Comunidades Nativas, 2017
- 3 Burke R, OnwuegbuzieJ, Turnen L. Toward a Definition of Mixed Methods Research AJ & Turner LA, 2007.
- 4 Gonzales A. Etnografía y comparación. La Investigación intercultural en antropología. Publicaciones de Antropología Cultural. Universidad Autónoma de Barcelona. Bellaterra 1990.
- 5 Wetherell M., Potter J. El análisis del discurso y la identificación de los repertorios interpretativos en Gordo, A; Linaza, J.L (1996). Psicología, discursos y poder (p.d.p) Madrid.
- 6 Schettini P., Cortazzo I. Análisis de datos cualitativos en la investigación social: Procedimientos y herramientas para la interpretación de información cualitativa, 2015.
- 7 Yong, Salas y Portugal. Informe final del proyecto: salud indígena, inequidades sociales e interculturalidad - Investigación y evaluación crítica de intervenciones implementadas en el Perú. Instituto de estudios peruanos 2017.
- 8 Menéndez E. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1):109-118, 2016.
- 9 Lorenzetti, M. Los enfoques de salud intercultural en los ámbitos de gestión e investigación en Argentina. *Revista de Estudios Marítimos y Sociales* - ISSN 2545-6237 (en línea). 2017.
- 10 OPS. La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. Washington, D.C.: OPS, 2002.
- 11 Zimerman S. Sobre el surgimiento de los derechos indígenas, las tensiones con el estado-nación y la consiguiente necesidad de repensar el diseño de nuestras instituciones. *Lecciones y ensayos* N 89 2011.

- 12 Defensoría del Pueblo. La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural. Informe N° 169. 2015
- 13 Salaverry O. Interculturalidad en salud Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública. 2010; 27(1): 80-93.
- 14 Cáceres E. De repente la misma cosa va a ser. APRODEH. Lima Perú, 2004.
- 15 CEPAL. Contribuciones de la CEPAL en asuntos de pueblos indígenas y afrodescendientes desde una perspectiva de derechos, 2013-2015.
- 16 CEPAL. Los pueblos indígenas en América Latina. Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos, 2014
- 17 Huber Ludwiing. Desigualdad, diferencia y políticas de identidad: Una agenda pendiente. Edición N° 1, Marzo 2010. Instituto de Estudios Peruanos – IEP. Recuperado el 15 de abril 2019.
- 18 Degregori C.I. Desigualdades persistentes y construcción de un país pluricultural. Reflexiones a partir del trabajo de la CVR. PUCP Fondo Editorial. 2004.
- 19 Leyva-Flores R, et. al Primary Health Care Utilization by the Mexican Indigenous Population: The Role of the Seguro Popular in Socially Inequitable Contexts. PLoS ONE 9(8): e102781. doi:10.1371/journal.pone.0102781, 2014.
- 20 UNICEF. Informe sobre equidad en salud 2016: Análisis de las inequidades en salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe para guiar la formulación de políticas. 2016
- 21 La autoidentificación étnica: Población Indígena y Afroperuana. Censos Nacionales 2017: XI DE Población, VIII Vivienda Y III de Comunidades Indígenas. 2018. INEI Ministerio de Cultura.

- 22 Huber Ludwiing. Ensayando identidades: Estado e indígenas en el Perú contemporáneo. Edición N° 1, año 13, 2019. Instituto de Estudios Peruanos, 2019. Recuperado el 15 de abril 2019.
- 23 Valdivia, N. "La discriminación en el Perú y el caso de la salud: resultados de un estudio cualitativo sobre la atención a pacientes en una Microrred del Valle del Mantaro" Setiembre 2010.
- 24 Dietz, G. Interculturalidad: una aproximación antropológica. Perfiles educativos, 39 (156), 192-207. 2017. Recuperado en 04 de enero de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982017000200192&lng=es&tlng=es.
- 25 UNESCO. Resumen Informe mundial de la Unesco: Invertir en la diversidad cultural y el diálogo intercultural, 2009.
- 26 ONU, Objetivos de Desarrollo Sostenible, 2015.
- 27 Ansi3n, Juan. El reto de la interculturalidad. Tarea: Revista de Educaci3n y Cultura N° 60, 2004.
- 28 Rojas E. Los asháninkas: un pueblo detrás de los bosques. PUCP Fondo Editorial, 1994.
- 29 Informe Final de la Comisi3n de la Verdad y Reconciliaci3n Nacional. 2003. <http://www.cverdad.org.pe/ifinal/>. Recuperado 10 de mayo de 2019.
- 30 Spicer E. Cycles of Conquest: The Impact of Spain, Mexico, and the United States on the Indians of the Southwest, 1533-1960. 1967.
- 31 L3pez C, Cuglievan G. Asháninka: Territorio, historia y cosmovisi3n. CILA, UNMSM. investigaci3n aplicada en la educaci3n intercultural bilingüe, 2012
- 32 Dilthey, W. Teoría de la concepci3n del mundo. México: Fondo de Cultura Econ3mica, 1978.

-
- 33 Álvarez R. Los piros. Leyendas, mitos, cuentos. Lima: Instituto de Estudios Tropicales Pío Aza, 1960.
 - 34 Eliade M. Estructura de los mitos. La importancia del mito vivo. En: Mito rito simbólico. Quito: Instituto de Antropología Aplicada, 2000.
 - 35 Sánchez y Chavarría, Asháninka, territorio, historia y cosmovisión. CILA, UNICEF, EIBAMAZ, 2012.
 - 36 Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación Nacional. 2003. <http://www.cverdad.org.pe/ifinal/>. Recuperado el 10 de mayo de 2019.
 - 37 Vega R. Identidad cultural y aculturación en jóvenes indígenas amazónicos. Artículo elaborado en el marco de los estudios preliminares de la investigación de postgrado en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos: "Identidad cultural y Cambios Culturales en estudiantes Indígenas Amazónicos de Universidades Interculturales. La Experiencia de la Universidad Nación, 2018.
 - 38 Gianella C y cols. TB in Vulnerable Populations: The Case of an Indigenous Community in the Peruvian Amazon. Health and Human Rights Journal, Volumen 18, Number 1, June 2016. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>)
 - 39 Bartlett E, et al. Expansion of HIV and syphilis in to the Peruvian Amazon: a survey of four communities of an indigenous Amazonian ethnic group. Int J Infect Dis. 2008 Nov; 12(6): e89–e94. Published online 2008 Aug 28. doi:10.1016/j.ijid.2008.03.036
 - 40 Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Rural 2009. Informe General. Anales de Salud Mental, Vol. XXVIII, Suplemento 2, Año 2012.
 - 41 Araujo S, Brenda L. Estudio de la mujer indígena amazónica situación y propuestas. Elaborado para Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (CAAAP) y Centro Cultural José Pío Aza. Lima Perú, 2017.

-
- 42 Whitehead M. Los conceptos y los principios de la equidad en salud. OMS/OPS. Serie Reprints N°9, 1991.
 - 43 Sen A. ¿Por qué la equidad en salud RevPanam Salud Publica/Pan Am J Public Health 11(5/6), 2002.
 - 44 Cáceres M, Molina G. Inequidades Sociales en la Atención Materna. Rev Colomb Obstet Ginecol, 61:231-238,2010.
 - 45 Castro A, Savage V, Kaufman H. Assessing equitable care for Indigenous and Afrodescendant women in Latin America. Rev Panam Salud Publica, 38(2):96–109, 2015.
 - 46 OPS/OMS. Exclusión en Salud, en países de América Latina y el Caribe. Serie N°1 Extensión de la Protección Social en Salud, 2004.
 - 47 INEI. ENDES 2015. Series anuales de indicadores principales de la ENDES 1986-2017. Nacional, 2018.
 - 48 CEPAL. Pueblos indígenas en América Latina. Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos, 2014, pág. 93
 - 49 INEI. Censos 2017. Directorio de Comunidades Nativas y Campesinas. Tomo I, 2018.
 - 50 Informe Técnico: Estado de Salud y Nutrición de los niños menores de cinco años pertenecientes a las poblaciones indígenas y no indígenas de las provincias de Bagua y Condorcanqui en la Región Amazonas, OPS/OMS Perú, 2012.
 - 51 Chávez, R. y colb. Rescatando el autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién nacido: Representaciones sociales de mujeres de una comunidad nativa en Perú. En: Texto & Contexto Enfermagem, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 16(4): 680-7.

-
- 52 Alarcón A., Vidal, A. Neira, J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. En: Revista Médica de Chile [online], 2003, vol.131, n.9, pp. 1061-1065. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000900014&lng=es&nrm=iso.
- 53 Medina A, Mayca J. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas awajun y wampis. En: Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública 23(1).
- 54 Anderson J. Mortalidad materna y derechos humanos, En: Apuntes 69, Universidad del Pacífico, Lima.
- 55 Mujica, J, Zevallos N, Vizcarra S. Estudio de estimación del impacto y prevalencia de la violencia sexual contra mujeres adolescentes en un distrito de la Amazonía peruana, PROMSEX, Lima, 2013.
- 56 Del Mastro, I. Entre madres-adolescentes y adolescentes-madres: un análisis de su trayectoria de vida y los factores que influyen en su configuración, En: Debates en Sociología N° 40, 2015.
- 57 Dávila O. Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes. Última década, 12(21), 83-104. 2004. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362004000200004>
- 58 Feixa, C. Citada por García C, Parada D. "Construcción de adolescencia": una concepción histórica y social inserta en las políticas públicas. doi:10.11144/Javeriana.uh85.cach.,
[citado el 2 de abril de 2019]. Disponible en <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/univhumanistica/index>
- 59 Cortez M. Para que crezcan bien. Crianza y capacidades en niñas y niños asháninka, shipibo y yine del Ucayali. CILA, UNICEF, EIBAMAZ, 2012.

-
- 60 Nicahuate J. El Sheripiari como agente socializador a través de la práctica médica en la cosmovisión ashéninka, PINSEIB / PROEIB Andes/Plural editores, La Paz.
- 61 Bazán M. Madre Nativa. Experiencias acerca de la salud materna en las comunidades asháninkas y nomatsiguengas, Salud Sin Limites Perú, 2008.
- 62 Kolodin, S. Asuntos de familia. Estudio cualitativo sobre las redes sociales durante el embarazo y parto en Mesoamérica. Chiapas-México, Guatemala, Panamá, Honduras y Nicaragua, Banco Interamericano de Desarrollo, División de Protección Social y Salud, Mesoamérica 2015.
- 63 Tavera M. Ponencia en La interculturalidad en la atención del parto y las evidencias científicas: un enfoque práctico. Ponencia presentada en la Evaluación Nacional de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA, 1999.
- 64 López P. Introducción. En: Artur Shopenhauer, El mundo como voluntad y representación I. Clásicos de la Cultura. Editorial Trotta, 2° edición, 1 reimpresión 2016, pág. 23
- 65 Sánchez D. Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 55, núm.1, [citado el 1 de abril de 2019]. Disponible en http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/1135/1754 (pdf)
- 66 Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. Salud Publica de México 27 (5), 1985, pág. 438-453.
- 67 Landini F, Gonzales V, D'Amore E. Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural, 2014. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(2):231-244,

-
- fev, 2014., [citado el 3 de abril de 2019]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00030313>
- 68 Illich I. *Némesis Médica. La expropiación de la salud*, 1975, Ed. Barral, pág. 117.
- 69 Böhme G, Böhme H. *Fuego, agua, tierra, aire. Una historia cultural de los elementos*. Traducido del alemán por Madrigal P. Herder Editorial, 1998
- 70 Donabedian A. *Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. México: Instituto Nacional de Salud Pública: Fondo de Cultura Económica, 1988.
- 71 Araujo M. y colbs. Intervenciones para mejorar el acceso a los servicios de salud de los pueblos indígenas en las Américas, *Rev. Panam Salud Publica* 40(5), 2016, pág. 371-381
- 72 Brierley et. al. Healthcare Access and Health Beliefs of the Indigenous Peoples in Remote Amazonian Peru, *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 90(1). 2014. pp. 180-183
- 73 Williamson J, Ramirez R, Wingfield T. Health, Healthcare Access, and Use of Traditional Versus Modern Medicine in Remote Peruvian Amazon Communities: A Descriptive Study of Knowledge, Attitudes, and Practices, *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 92(4), 2015, pp. 857–864.
- 74 Soria C. *La amazonía en el futuro de la América del Sur: identificación de los ejes estratégicos socioambientales para la cooperación Sur-Sur*, 2016, [citado el 2 de abril de 2019]. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-49792016000400002>
- 75 AIDESEP. *Informe sobre la situación de los pueblos en aislamiento y contacto inicial en la Amazonía peruana*, Año2, N°1, 2018.
- 76 Aragón L. *Desenvolvimento amazônico em questão*. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 107, Setembro 2015, pág. 5-16

-
- 77 Defensoría del Pueblo. La Salud de las Comunidades Nativas: Un reto para el Estado, Informe Defensorial N° 134, 2008.
- 78 Díaz J, Saldarriaga V. Efectos del Programa de Transferencias Condicionadas JUNTOS en el Peso al Nacer de los Niños, Informe d Investigación, CIES/GRADE, 2014. [citado el 3 de abril de 2019]. Disponible en: <http://www.grade.org.pe/publicaciones/efectos-del-programa-de-transferencias-condicionadas-juntos-en-el-peso-al-nacer-de-los-ninos/>
- 79 Correa N, Roopnaraine T. Pueblos Indígenas & Programas de Transferencias Condicionadas Estudio etnográfico sobre la implementación y los efectos socioculturales del Programa Juntos en seis comunidades andinas y amazónicas de Perú, Banco Interamericano de Desarrollo, 2014
- 80 Fornet-Betancourt. Interculturalidad o barbarie 11 tesis provisionales para el mejoramiento de las teorías y prácticas de la interculturalidad como alternativa de otra humanidad. Comunicación nº 4, 2006 (pp. 27 - 49)
- 81 Portocarrero J. VIH en gestantes indígenas: un reto para la salud pública peruana. RevPerú MedExp Salud Pública. 2015; 32(3) pág. 546-54.
- 82 Castillo D. Factores relacionados al proceso de diseño de la política de salud intercultural en el Perú. [Tesis de Licenciatura]. Pontificia Universidad Católica del Perú, 2015
- 83 MINSA. Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud, 2006.
- 84 MINSA. Norma Técnica de Salud para la atención del Parto Vertical en el marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural, 2016
- 85 MINSA. Aportes metodológicos para la elaboración del análisis de situación de salud de los pueblos indígenas de la amazonía peruana, 2012
- 86 MINSA/CENSI. Documento Técnico: Diálogo Intercultural en Salud, 2014

-
- 87 Donabedian A. Los siete pilares de la calidad. Revista de Calidad Asistencial. Suplemento N°1, 2001, Vol. 16, pág. 96
- 88 MINSA. Estándares de calidad de la atención materna y perinatal en los establecimientos que cumplen con funciones obstétricas y neonatales, 2007
- 89 NTS. Atención integral de la salud materna
- 90 INEI. Establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales 2013 y 2015
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1484/index.html
- 91 <https://web.ins.gob.pe/es/prensa/noticia/estudio-realizado-por-el-ins-revela-bajo-conocimiento-del-parto-vertical-entre-las>
- 92 Organización Mundial de la Salud. World Alliance for Patient Safety. ProgressReport 2006-2007. Switzerland 2008
- 93 Santivañez A. Parto Humanizado. En Comité de Calidad y Seguridad de la Atención. Consejo Regional III Lima. Dimensión Humana de la Calidad, 2014 Lima Perú. p 85-92
- 94 Maine D, Akalin MZ, Ward VM, Kamara A. Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna. Nueva York: Universidad de Columbia; 1997
- 95 MINSA. Norma Técnica de Salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural, 2017
- 96 MINSA. Documentos: Lineamientos para la Delimitación de Redes de Salud, Organización Territorial. Metodología para la Delimitación de las Redes y Microrredes de Salud y, Responsabilidades y Competencias en la Organización de Redes. Aprobados por RM N° 122-2001-SA/DM, 2001
- 97 Decreto Legislativo N° 1166, DL que aprueba la Conformación y Funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud, 2013.

-
- 98 Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS) la cual tiene por objeto establecer el marco normativo para la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS) a nivel nacional, 2018.
- 99 DIRESA Junín. Cartera de Servicios de Salud, 2017
- 100 *Municipalidad Distrital de Río Tambo. Presentación del Informe de la Sub Gerencia de Salud, 2017*
- 101 Municipalidad de Río Tambo. Plan de Desarrollo Concertado Distrital de Río Tambo 2015-2021
- 102 MINSA. Info Recursos Humanos
- 103 OPS. Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas, 2010
- 104 Rovere M. Redes en salud; los grupos, las instituciones, la comunidad. Segunda Edición corregida y aumentada. El Ágora, Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario, Instituto de la Salud "Juan Lazarte", 2006

Anexo N° 1

Modelo simplificado de evaluación de la calidad de la atención de la salud materna.

1. Antecedentes

El curso de la mortalidad materna en el país

Según la Organización Mundial de la Salud, el mayor número de muertes maternas se produce en los países en vías de desarrollo, siendo mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres.¹

En el Perú la mortalidad materna ha descendido de 769 defunciones en el año 1997, a 325 en el 2016, lo que constituye un descenso de 42%; la razón de mortalidad materna pasó desde el periodo 1990-1996, de 265 muertes maternas x 100,00 nacidos vivos, a 68 x 100,000 nacidos vivos en el año 2015, esto corresponde a un descenso del 75%.²

En la reducción de la mortalidad materna han incidido diversas intervenciones. En primer lugar, junto con diversos países, el Perú ha adoptado la quinta meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio; cuyo objetivo fue reducir la mortalidad materna a $\frac{3}{4}$ partes para el año 2015. Este objetivo fue adoptado por 192 países en el mundo.³

En segundo lugar, otra intervención importante ha sido el aseguramiento universal que es el derecho a la atención en salud

¹ Organización Mundial de la Salud (Internet) Mortalidad Materna (citado el 19 de abril 2019) Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

² Guevara E. Estado Actual de la Mortalidad Materna en el Perú. Rev Peru Investig Matern Perinat 2016; 5(2):7-8.

³ Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2015. Nueva York 2015.

con calidad y en forma oportuna que tiene toda la población residente en el territorio nacional desde su nacimiento hasta su muerte. La Ley 29344 consagró este derecho constituyendo una reforma social hacia una sociedad más justa y equitativa.⁴

En tercer lugar, de las diversas barreras que se enfrenta el usuario, el Seguro Integral de Salud, le permite sobrepasar la barrera económica. Desde el año 1997 en que se inició con el Seguro Escolar Gratuito, ha pasado por convertirse en el Seguro Materno Infantil, cubriendo ocho regiones en el año 2000. En enero del 2002, mediante la Ley N°27657, se crea el Seguro integral de Salud, que posteriormente se convierte en un Organismo Público Ejecutor (2008). El SIS tiene por misión brindar protección financiera en salud a la población del Perú, con un enfoque de equidad, eficiencia y de atención centrada en el asegurado.⁵

En cuarto lugar, el presupuesto por resultados (PPR) es una estrategia de gestión pública que permite vincular la asignación de recursos presupuestales a bienes y servicios a resultados a favor de la población, con la característica de permitir que estos puedan ser medibles. Tiene por intención mejorar la calidad del gasto público, mediante el compromiso de las entidades públicas, definición de responsables, generación de información, y rendición de cuentas. Uno de los primeros PPR en desarrollarse fue el de Salud materno neonatal.⁶

⁴ Wilson Luis, Velásquez Aníbal, Ponce Carlos. La ley marco de aseguramiento universal en salud en el Perú: análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2009 Abr [citado 2019 Abr 19] ; 26(2): 207-217. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342009000200013&lng=es.

⁵ Seguro Integral de Salud. (citado el 19 de abril 2019) Disponible en: http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos/antecedentes.html

⁶ Ministerio de Economía y Finanzas. Programa Estratégico Salud Materno Neonatal. (citado el 19 de abril 2019) Disponible en:

Finalmente otra estrategia importante es el desarrollo de las Funciones Obstétrica y Neonatales (FON) como instrumento de estandarización de la estructura de la atención obstétrica, definiendo las actividades que están relacionadas con la identificación, atención, seguimiento y cuidado de los procesos de la gestación, el parto y atención del recién nacido, de acuerdo al nivel de complejidad del establecimiento de salud y de acuerdo al rol que cumplen en el sistema de salud local.⁷

Sin embargo existen nuevos retos para continuar reduciendo la mortalidad materna:

- Los resultados de ENDES 2016 ilustran que regiones de la selva como Loreto y Ucayali, muestran los porcentajes más bajos de gestantes de 15 a 49 años de edad que recibieron 6 y más controles prenatales: 78% y 75% respectivamente, cuando el promedio nacional es de 88.9%. De manera similar, en Loreto y Amazonas se muestran los porcentajes más bajos en el país de parto institucional del último nacimiento: 70% y 72% respectivamente.

Si comparamos el porcentaje de control prenatal con el de parto institucional, apreciamos que un porcentaje de esta población, opta por el parto no institucional.

La misma encuesta muestra que los porcentajes más altos de adolescentes de 15 a 19 años de edad alguna vez embarazadas, se encuentra en Loreto con un 30.6% y Ucayali con un 26.7%.

El problema que no ha sido adecuadamente resuelto es el de la inequidad, pues el sistema de salud aun muestra dificultades en

https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/documentac/PE0002_Programa_Salud_Materno_Neonatal.pdf

⁷ Piña-Baca F, La-Torre L, Alva R Funciones obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud. Rev Per Obst Enf 4 (1) 2008 45-55.

atender a las poblaciones marginales y excluidas: la adolescente, población rural, las poblaciones nativas.⁸

- La calidad en salud se define como la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos.⁹ En las últimas décadas se ha podido levantar la barrera económica, mediante las estrategias ya mencionados, pero la población no llega a utilizar la oferta de salud disponible pues persisten barreras culturales y barreras en la falta de calidad en la atención. Es necesario mejorar la calidad de la atención en sus tres dimensiones: dimensiones humana, técnica y entorno. La dimensión humana se refiere al aspecto interpersonal de la atención que implica respeto, información, amabilidad, ética; la dimensión del entorno se refiere a las facilidades que la institución dispone para la mejor prestación de los servicios y que generan valor agregado para el usuario a costos razonables y sostenibles; finalmente la dimensión técnico científica se refiere a los aspectos técnico científicos de la atención.



Barrera económica

Barrera cultural

Barrera no calidad

La población indígena

Los ashaninka constituyen el pueblo indígena amazónico demográficamente más numeroso del país y se distribuyen en los

⁸ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016.

⁹ Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. En: Explorations in quality assessment and monitoring. Vol.I. Health Administration Press. Ann Arbor. Michigan. 1980.

valles del río Pichis y Perené, también en los valles de los ríos Apurímac-Tambo Ene, y finalmente en el Gran Pajonal. Su población se estima en 114,1834 personas. Suelen vivir en comunidades pequeñas y dispersas, perdurando esta distribución hasta la actualidad. Tienen como actividades principales la agricultura, la caza y la pesca.¹⁰

2. Calidad y Seguridad del Paciente

La gestión de la calidad se desarrolló básicamente en el sector industrial pasando por diversos enfoques, evolucionando desde un control de calidad hacia la garantía de calidad y gestión de la calidad total.

En el año 1951 se crea la “Comisión Conjunta para la Acreditación de los hospitales” (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization) estableciendo estándares de calidad, que fueron referente nacional para los hospitales americanos. Este enfoque de garantía de calidad través de la acreditación, se fue extendiendo a diversos países.¹¹

Sin embargo un impulso importante en dar una lectura a la calidad en los servicios de salud fue desarrollada por Avedis Donabedian, quien en 1966 publica su trabajo “Evaluating the Quality of Medical Care” y en 1980 plantea su clásica definición de calidad en salud.¹²

En el año 2004, la Organización Mundial de la Salud da un importante aporte a la gestión de la calidad, presentando una

¹⁰ Ministerio de Cultura. Pueblo Ashaninka. Publicado en Base de Datos de Pueblos Indígenas u Originarios. (citado el 19 de abril 2019) Disponible en: <http://bdpi.cultura.gob.pe>

¹¹ Santivañez A Seguridad del Paciente y Acreditación. En Colegio Médico del Perú. Acreditación en Salud. Octubre 2013. P.107 - 111

¹² Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. The Milbank Quarterly, Vol. 83, No. 4, 2005 p. 691–729

lectura a partir de la seguridad del paciente, prestando un mayor énfasis a la gestión del riesgo de la atención en salud. De esa manera plantea las iniciativas de los Retos Mundiales para la Seguridad del Paciente.¹³

Riesgo asistencial es cualquier situación o acto relacionado con la atención sanitaria recibida que puede tener consecuencias negativas para los pacientes. El dr Aibar identifica tres tipos de riesgos asistenciales:

- El riesgo inherente al paciente en sí mismo, relacionado con el proceso que padece y que a su vez puede estar condicionado por factores como la edad, la comorbilidad, el nivel socioeconómico y educativo u otros factores.
- El relacionado con las decisiones médicas sobre las actuaciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas.
- El ocasionado por aplicación de éstas y los cuidados recibidos.¹⁴

El estudio IBEAS (Estudio de prevalencia de eventos adversos en países de Latinoamérica)⁶, puso en evidencia que las condiciones de seguridad para la paciente obstétrica, necesariamente deben ser mejoradas, ya que la prevalencia de eventos adversos por categoría de servicios fue de 24.9% para los servicios obstétricos, por lo que amerita un esfuerzo para dar una lectura al tema de seguridad de la atención en este particular escenario.¹⁵

La gestión del riesgo es un número de procesos o sistemas organizacionales con la finalidad de mejorar la calidad de atención, pero cuyo objetivo principal está vinculado a crear y

¹³ Organización Mundial de la Salud. World Alliance for Patient Safety. Progress Report 2006-2007. Switzerland 2008

¹⁴ Aibar C. La gestión del riesgo- En Colegio Médico del Perú. La Seguridad del Paciente. Octubre 2012.

¹⁵ Aranaz JM, Aibar C. Estudio IBEAS: Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamérica. (citado el 19 de abril 2019) Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME%20GLOBAL%20IBEAS.pdf>

mantener sistemas de seguridad en la atención. Una nueva edición de la dimensión técnica con una visión más integral y con gran énfasis en la preservación de la integridad del paciente.

A partir de este enfoque se valora la presencia de mecanismos que preserven la capacidad de responder frente a emergencias, aprendizaje institucional a partir de los eventos adversos, prácticas seguras, reducción de las condiciones de riesgo.

Los enfoques como la atención centrada en el paciente, la humanización de la atención y el uso de la medicina basada en evidencia, fortalecen y complementan a la seguridad del paciente.

Atención centrada en el paciente

La ACP consiste en proporcionar una atención que respete y responda a las preferencias, necesidades y valores de cada paciente, y garantice que los valores del paciente guíen todas las decisiones clínicas.¹⁶

El paciente como sujeto de derecho enfrenta a los servicios de salud, no como una dádiva del estado, sino como un derecho exigible al estado. Para contar con la ACP, es necesario contar con estrategias para comprender las necesidades del usuario, tales como los mecanismos de escucha del paciente, identificación de sus necesidades y requerimientos. De acuerdo a ello se modifica la organización del servicio en función de los requerimientos del paciente.

La particular condición de la gestante desde la perspectiva de calidad exhibe algunos retos: La atención de la gestante implica asumir la responsabilidad sobre dos pacientes: la gestante y el feto. En la demás especialidades el paciente, en su gran mayoría,

¹⁶ Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. National Academy Press 2001.

resuelve los problemas de salud con la atención ambulatoria y una pequeña facción requiere hospitalización. En obstetricia, tarde o temprano todos se hospitalizan y la precepción de calidad se construye siempre sobre la base de estas dos experiencias de atención (ambulatoria y hospitalizada). La sociedad da un trato deferencial a la gestante; si hay un maltrato hacia la gestante, este se percibe con mayor notoriedad. La gestación constituye también un evento social, pues el nacimiento del bebé permite la realización del rol materno, altamente valorado por la sociedad y también permite cristalizar el plan de vida familiar.

Humanización de la atención

Factores que intervienen en la deshumanización en la atención obstétrica: uso excesivo de la tecnología, burnout, despersonalización de la atención, etc.

Es una cuestión ética; tiene que ver con los valores, con la búsqueda del bien de la persona que se encuentra, y de sí mismo en la relación.

El Parto humanizado es un concepto que fortalece la empatía con la gestante y respeto de la privacidad, recoge su perspectiva permitiendo el acompañamiento de la pareja, acepta movilización durante el trabajo de parto y da libertad para elegir la posición del parto; también busca controlar prácticas que incrementan el riesgo de la atención como: episiotomía sistemática, la maniobra de Kristeller y restringe el tacto vaginal.¹⁷

Medicina basada en la evidencia

Es el uso sensato y a consciencia, de la mejor evidencia actualmente disponible a partir de la investigación clínica, en beneficio del manejo de los pacientes individuales.

¹⁷ Santivañez A. Parto Humanizado. En Comité de Calidad y Seguridad de la Atención. Consejo Regional III Lima. Dimensión Humana de la Calidad, 2014 Lima Perú. p 85-92

Requiere la integración de:

- Experiencia clínica individual
- La mejor evidencia clínica externa disponible a partir de investigaciones sistemáticas.
- Los valores y expectativas del paciente

MBE en obstetricia lleva eliminar prácticas inseguras en la atención obstétrica: episiotomía restrictiva, eliminación del rasurado y del enema, alumbramiento dirigido, corte tardío del cordón umbilical, contacto precoz madre niño, promoción de la lactancia materna.

3. Modelo de los cuatro retrasos

El modelo de los cuatro retrasos es muy importante tenerlo en cuenta, sobre todo se trata de población rural.

Retraso tipo I: es la demora para reconocer el problema y la necesidad de atención en salud, relacionada con falta de información sobre complicaciones del embarazo, señales de peligro y desconocimiento de deberes y derechos en salud sexual y reproductiva.

Retraso tipo II: es la demora en la toma de decisiones para la búsqueda de atención por parte de la gestante y su familia desde el sitio de habitación, relacionada con barreras sociales, culturales o económicas o con experiencias previas negativas frente a los servicios de salud. cobertura y acceso

Retraso tipo III: es la demora para acceder a una atención oportuna, relacionada con vías, transporte, sistemas de remisión de pacientes entre la comunidad y los proveedores de asistencia sanitaria, y con retraso en la referencia cuando la gestante accede a los servicios de salud. Relacionado también con aspectos administrativos que generan demoras o con la oportunidad y calidad de la referencia en condiciones que salven vidas.

Retraso tipo IV: está asociado con todos los eventos que determinan una calidad de atención deficiente en los servicios de salud incluyendo, además del acto médico, todas las actividades de tipo administrativo que inciden en la óptima prestación del servicio desde la preconcepción, la atención prenatal, el parto y puerperio.¹⁸

Propuestas de medición previas

Una primera propuesta de evaluación mediante estándares e indicadores de la calidad de la atención materno perinatal se desarrolló en el año 2007; estos fueron, elaborados con base a la categorización FON.¹⁹

Esta propuesta está muy vinculada a elementos de estructura y los indicadores se centran sobre diversos aspectos de cobertura de atención. Los pocos aspectos propiamente de calidad son los referidos a satisfacción de la usuaria.

Una segunda propuesta fue la desarrollada basada en la Observación del proceso de atención mediante lista de chequeo, como las que propone el Método de Medición del Desempeño (JHIPhiego).²⁰

Esta propuesta es interesante pero poco practica en el momento de su aplicación, pues requiere de un observador presente en el momento de la atención y la sola presencia del evaluador, influye en el proceso mismo de la atención.

¹⁸ Maine D, Akalin MZ, Ward VM, Kamara A. Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna. Nueva York: Universidad de Columbia; 1997.

¹⁹ Ministerio de Salud. Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que Cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales. 2007

²⁰ Ministerio de Salud. Metodología para la Mejora del Desempeño en Base a Buenas Prácticas para la Atención de Salud en el Primer Nivel de Atención. Directiva Administrativa N° 193-MINSA/DGSP-V.01. 2012.

Una tercera propuesta son los Estándares de adecuación cultural: parto vertical, entorno de la atención, casas de espera (Norma aprobada en 2015). La Guía de Implementación de Casas de Espera Materna con gestión comunal, trae estándares e indicadores que están muy vinculados a la gestión del servicio y su relación con los actores locales.²¹

4. Metodología de medición

Fase 1

En una primera etapa se recogerá información en los servicios. La información es de tipo cuantitativo y cualitativo, pues esta se complementa y enriquece.

El recojo de información se da en los diversos espacios físicos de atención para la atención ambulatoria (atención prenatal y de planificación familiar) y la atención con internamiento (del parto y puerperio).

De manera transversal se evalúa la presencia de elementos que nos pudieran documentar que existe una gestión del riesgo en salud.

Fase 2

Esta Segunda Fase, tiene como eje central evaluar la Dimensión Técnica: auditoria de la atención ambulatoria y la atención con internamiento, con una fase previa de auditoria del registro.

²¹ Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Guía de Implementación de Casas de Espera Materna con gestión comunal. (citado el 19 de abril 2019) Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd51/implementacion.pdf>

VERIFICADORES Y PONDERACIÓN

Verificadores	Definición operacional	Fuente de Verificación	Medios de Verificación	Criterios de Verificación	Puntuación
1. Seguridad del paciente					
Información	<p>El paciente sabe reconocer los signos de alarma. La paciente reconoce como signos de alarma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pérdida de líquido o sangre por vagina, • fiebre, • dolor de cabeza, • contracciones uterinas 	paciente	entrevista	<p>4 cuando conoce todos los signos de alarma</p> <p>2 cuando los conoce parcialmente</p>	4
Bioseguridad	<p>El EESS cuenta con los medios para garantizar la higiene de manos. Se dispone de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • agua, • jabón, • papel toalla, • lavadero con manijas no manipulables con dedos 	Ambiente de atención (APN y parto)	observación	<p>4 cuando cuenta con todos los elementos</p> <p>2 cuando falta uno de ellos</p>	4
Barrera seguridad	<p>El EESS cuenta con medidas para evitar eventos adversos (caídas, hemorragia postparto y fallas asociada a medicamentos. Se cuenta con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Barandas en duchas • Registro de monitoreo post parto (2h) • Los fármacos en las claves están claramente separados y rotulados • Se cuenta con un mecanismo para garantizar su renovación (lista de chequeo) 	Ambiente de baño, historia clínica, registro de control de medicamentos de claves, claves	observación y revisión documental	1 punto por cada verificador presente	4
Prácticas inseguras	Implementación de la episiotomía restrictiva. La tasa de episiotomía es igual o menor al 25%	Libro de registro de atención de partos	revisión documental	<p>4 tasa <= 25%</p> <p>2 tasa <= 30%</p>	4
Gestión del riesgo	<p>El EESS cuenta con mecanismos para reducir los riesgos. Se encuentra evidencia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notificación de eventos adversos • Realización de rondas de seguridad • Análisis de riesgos/eventos adversos • Cambios para reducir 	Personal de salud, actas de reuniones, notificación de eventos adversos	entrevista y revisión documental	<p>4 cuando están presentes todos los elementos de la gestión del riesgo</p> <p>2 cuando se cuenta con tres de los cuatro mecanismos</p>	4

los riesgos					
2. Dimensión Técnica					
Ex. Físico completo	La gestante tiene evaluación completa por aparatos y sistemas. En la hoja CLAP se registra ex físico completo y en la historia se verifica que este fue realizado por médico.	Historia clínica	revisión documental	2 cuando se cumple con el criterio completo	2
Ex. Auxiliares completos	En la gestante se realizan los exámenes auxiliares según protocolo institucional. Se encuentran resultados de: <ul style="list-style-type: none"> • Papanicolau • Urocultivo • Hb, grupo y factor, glucosa • VDRL y HIV 	Historia clínica	revisión documental	2 se cuenta con todo 1 falta un examen	2
Manejo intercurencias	Las intercurencias médicas son manejadas según GPC. Puntaje "Aceptable" de auditoria	Historia clínica	auditoria	8 El 80% de las historias tienen el 80% del puntaje 4 El 60% de las historias tienen el 80% del puntaje	8
Equipamiento adecuado	El profesional cuenta con los recursos para la atención de una gestante. <ul style="list-style-type: none"> • Consultorio con: balanza, tensiómetro, gestograma, estetoscopio, fetoscopio. • Sala de parto con: cialitica, doppler, tensiómetro, estetoscopio, reloj. 	Ambiente de consultorio y el de atención de parto	observación	4 cuenta con todos los elementos 2 faltan 1 o 2 de los elementos señalados	4
3. Humanización- Atención centrada la gestante					
Comunicación en el idioma de la gestante	La paciente puede comunicarse en su idioma nativo	Personal de salud	entrevista	2 El EESS cuenta con profesionales que hablan el idioma de la comunidad	2
Privacidad (APN y parto)	Durante la atención se evita una exposición innecesaria de la paciente. Se cuenta con: <ul style="list-style-type: none"> • Vidrios no permiten visión externa, • Cobertores para el momento de evaluación • Si se abre la puerta no debe poderse ver a la paciente 	Ambiente de consultorio y el de atención de parto	observación	2 cumple con todo lo indicado	2

Acompañamiento del familiar (APN y parto)	Presencia de acompañante durante la APN y parto	Paciente y familiares	entrevista	2 Se permite la presencia de familiar durante APN y parto.	2
Libertad de escoger la posición del parto	La paciente decide y se facilita la atención del parto en la posición decidida. El EESS cuenta con mobiliario y dispositivos para facilitar el parto vertical.	Paciente Sala de partos	entrevista y observación	2 se identifican mobiliario y dispositivos para facilitar el parto vertical	2
4. Acceso y cobertura a la atención					
Demora en la toma de decisiones para la búsqueda de atención	Cuando ante la presencia de un signo de alarma la gestante no busca atención inmediata en el EESS (acude a actores de su comunidad)	Personal de salud	entrevista	4 Cuando ante la presencia de un signo de alarma 2/3 de las gestante busca atención inmediata en el EESS	4
Demora para acceder a una atención oportuna	Traslado inoportuno de la paciente al EESS por dificultad en los medios de transporte y distancias	Personal de salud, actores de la comunidad	entrevista	4 Se cuenta con medios institucionales para evacuar rápidamente a la gestante	4
Disponibilidad de MAC	El EESS cuenta con todos los MAC establecidos en la NT de PPFF	farmacia	observación	2 En farmacia se encuentran todos los MAC según NT de PPFF 1 falta uno de los MAC	2
Acceso a MAC	El EESS puede ofrecer continuamente los MAC establecidos. • En consultorio se cuenta con stock de MAC para su administración • La paciente puede recibir atención por PPFF por lo menos 3 veces por semana	Ambiente de APN Personal de salud	observación entrevista	1 punto por cada verificador cumplido	2
Anticoncepción postparto	El EESS ha implementado la anticoncepción postparto. • La paciente recibe orientación y consejería en MAC • Se administra MAC antes del alta	Historia clínica Reporte de PPFF	revisión documental	1 punto por cada verificador cumplido	2
Casa de espera	El EESS • cuenta con una casa de espera adecuada culturalmente y se usa.	Entrono del EESS	observación	1 punto por cada verificador cumplido	2

Fuente: Elaboración Propia

Valoración

Línea	Puntaje máximo	Puntaje mínimo alcanzable
Seguridad del paciente	20	18
Dimensión técnica	16	14
Humanización- Atención centrada la gestante	08	06
Acceso y cobertura a la atención	16	14
Total	60 = 100%	52 = 86%

Se considera “SATISFACTORIO” cuando se alcanza el 86% del puntaje pero en ninguna línea se debe tener un puntaje menor al establecido en la última columna. Si no se logran estos requisitos, se considera al EESS “POR MEJORAR”.

Sin embargo un puntaje “SATISFACTORIO”, si no ha logrado el máximo puntaje, debe seguir cerrando brechas hasta cumplir con todos los verificadores.